



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

**Comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica
e família:**

Intervenção de enfermagem especializada

Daniela Alexandra de Abreu Gomes

Lisboa

2019





Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

**Comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica
e família:**
Intervenção de enfermagem especializada

Daniela Alexandra de Abreu Gomes

Orientador: Helga Rafael

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública.



AGRADECIMENTOS

Aos mais importantes na minha vida, a minha família. Pelo seu carinho, amor, disponibilidade e incentivo neste percurso.

Ao Emanuel pelo seu amor, ajuda, perseverança e compreensão.

Aos amigos pelas horas a menos que tivemos juntos e, pela vossa amizade, e compreensão. Um obrigado ao meu amigo e colega Ricardo, que me desafiou e acompanhou ao longo deste percurso. Pela sua ajuda, disponibilidade e amizade demonstradas.

Aos colegas de Mestrado, pelo companheirismo, horas passadas e experiências vividas.

Ao enfermeiro Fernando Sousa, pela sua disponibilidade compreensão e apoio. A todos os enfermeiros dos locais de estágio, em especial ao Enfermeiro Paulo Francisco, Enfermeiro Rogério de Matos e Enfermeiro Luís Teixeira, obrigado pela vossa partilha de conhecimentos.

À professora Helga Rafael e Professora Cândida Durão, pela orientação, motivação, empenho, disponibilidade ao longo deste árduo percurso.

Aos doentes e sua família por se terem mostrado disponíveis.

A todos, Muito Obrigada!

A ti meu Avô por me teres dado força quando achei que não seria mais possível ter.

Obrigado, por me mostrares como ser melhor pessoa e melhor enfermeira.

A ti meu Avô, porque me fazes muita falta.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – *American Psychological Association*.

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CMN – Comunicação de más notícias

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdico

EAP – Edema Agudo do Pulmão

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

ERS – Entidade Reguladora da Saúde.

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

GCLPPCIRA – Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica.

OE – Ordem dos Enfermeiros.

PAI – Pneumonia associada ao ventilador.

PCR – Paragem cardiorrespiratória.

PEE – Plano de Emergência Externo.

PSC – Pessoa em Situação Crítica.

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SO – Serviço de Observação

SOFA – *Sequential Organ Failure Assessement*

SUG – Serviço de Urgência Geral

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

RESUMO

A comunicação é considerada um instrumento básico de enfermagem, intrínseco e essencial à profissão, que possibilita não só o acesso à informação, mas também o conhecimento e satisfação das necessidades da pessoa em situação crítica (PSC) e sua família. Em contexto de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, é frequente a necessidade de comunicar “más notícias”. A má notícia é definida, como toda a informação de conteúdo desagradável, que envolva uma mudança drástica e negativa na perspetiva do futuro e/ou prognóstico de saúde.

A comunicação de más notícias, enquanto cuidado fundamental, exige um conjunto de estratégias, como a abordagem sistematizada (protocolo SPIKES), a presença, o reconhecimento e satisfação das necessidades da família, o trabalho emocional, a coordenação da equipa multidisciplinar e a formação dos enfermeiros. Neste campo, senti que me encontrava no estágio de competente, de acordo com Benner (2001), havendo por isso necessidade de desenvolver competências especializadas nesta matéria. Assim, estabeleci como objetivos desenvolver competências de enfermagem especializadas no cuidado à Pessoa em Situação Crítica (PSC) e desenvolver competências de enfermagem especializadas de comunicação de más notícias à PSC e família. Para a concretização deste projeto foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Realizou-se também estágio em contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos.

A teoria do cuidado fundamental de Kitson (2018) foi orientadora do pensamento e das intervenções em contexto clínico. Neste sentido, o papel do enfermeiro nestes contextos, assume particular importância quando se exige um cuidado especializado, de qualidade, envolto de sensibilidade e humanismo e, sobretudo, centrado nas necessidades da PSC/família. Este percurso mostrou-se enriquecedor, uma vez que permitiu a mobilização de conhecimentos teórico práticos, bem como, o desenvolvimento de competências. Promovendo deste modo, a reflexão crítica e consequentemente, uma prática especializada de enfermagem.

Palavras-chave: Pessoa em Situação Crítica, Família, Cuidado de enfermagem, Comunicação, Más Notícias.

ABSTRACT

Communication is considered a basic nursing instrument, intrinsic and essential to the profession, which enables not only access to information, but also knowledge and satisfaction of the needs of the critically ill person (PSC) and his family. In the context of nursing care for critically ill people, there is often a need to communicate “bad news”. Bad news is defined as all information of unpleasant content that involves a drastic and negative change in future outlook and / or health prognosis.

The communication of bad news, as a fundamental care, requires a set of strategies, such as the systematized approach (SPIKES protocol), the presence, recognition and satisfaction of family needs, emotional work, coordination of multidisciplinary team and training of nurses. In this field, I felt that I was at the competent stage, according to Benner (2001), so there was a need to develop expertise in this area. Thus, I set as objectives to develop specialized nursing skills in caring for the Critically Situated Person (PSC) and to develop specialized nursing skills for communicating bad news to the PSC and family. For the realization of this project an integrative literature review was performed. An internship was also held in the context of Emergency Service and Intensive Care Unit.

Kitson's (2018) theory of fundamental care was guiding thought and intervention in the clinical context. In this sense, the role of nurses in these contexts assumes particular importance when it requires specialized care, quality, wrapped in sensitivity and humanism and, above all, focused on the needs of the PSC / family. This course was enriching as it allowed the mobilization of practical theoretical knowledge, as well as the development of skills. Thus promoting critical reflection and consequently a specialized nursing practice.

Key Words: Critical Patient, *Family; Nursing Care; Communication; Bad news.*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	Erro! Marcador não definido.
1. EQUADRAMENTO CONCEPTUAL	Erro! Marcador não definido.
1.1 Comunicação em enfermagem enquanto elemento chave docuidado fundamental	16
1.2 Comunicação de más notícias à PSC e família	18
1.3 Do direito à informação ao dever de informar	20
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM	23
2.1 Serviço de Urgência	23
2.2 Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
APÊNDICES	52
Apêndice 1- Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura	
Apêndice 2- Sessão de Formação SU	
Apêndice 3- Comunicação Livre I e Publicação de Livro de Resumos do Congresso de Evidências em Enfermagem Médico-Cirúrgica	
ANEXOS	77
Anexo 1- Certificado de Comunicação Livre I Congresso de Evidências em Enfermagem Médico-Cirúrgica	
Anexo 2- Certificado de presença em congresso STATUS- Trauma Emergência Reanimação: O Estado da Arte	
Anexo 3- Certificado de presença em International Congress on Emergency	
Anexo 4- Certificado de curso de Suporte Avançado de Vida	
Anexo 5- Certificado de curso Advanced Trauma Care for Nurses	

INTRODUÇÃO

O presente documento constitui o relatório de estágio realizado no âmbito da unidade curricular estágio com relatório do terceiro semestre do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diz respeito ao desenvolvimento do Projeto de estágio com relatório, desenhado no Módulo 2 da unidade curricular Opção do 2º semestre, dando, deste modo, resposta ao definido no nº.1, alínea b) do Art. 20º. do DL 74/2006 de 24 de março.

A minha experiência profissional de cinco anos, em que tive a oportunidade de exercer funções em serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos, tem mostrado que a comunicação com a pessoa em situação crítica (PSC) e família, principalmente em situações que envolvem sofrimento, tem sido difícil. Frequentemente existem comportamentos de fuga e de evitamento, ficando a relação com a PSC e família prejudicada, bem como, as suas necessidades satisfeitas de forma incompleta.

A necessidade de colmatar estas dificuldades, quer no campo pessoal, quer profissional, levou a que escolhesse a comunicação de más notícias à PSC e família como tema central do meu projeto.

A comunicação e as relações interpessoais são, no quotidiano da profissão de enfermagem, uma constante, sendo por isso, a comunicação um mediador da humanização da assistência de enfermagem. Visa o estabelecimento de uma relação de confiança, com o utente e família. A comunicação é considerada um instrumento básico de enfermagem, intrínseco e essencial à profissão, que possibilita não só o acesso à informação, mas também, o conhecimento e satisfação das necessidades da PSC e sua família (José, 2010). Em paralelo, a comunicação, constituiu-se num elemento essencial do cuidado fundamental, sendo, portanto, uma ferramenta terapêutica de cuidado (Brito, Cristinne, Costa, Andrade, & Francisco, 2014; Feo et al., 2015).

O cuidado fundamental tem o seu enfoque nos elementos essenciais e práticos do cuidado, envolvendo, deste modo, a integração de aspetos físicos, psicossociais e relacionais, que são exigidos por todas as pessoas em qualquer ambiente de cuidados. A relação enfermeiro-PSC/família é o núcleo da estrutura do cuidado

fundamental Kitson, (2018), portanto, a comunicação representa um elemento nuclear dos cuidados.

Os cuidados de enfermagem à PSC e família estão a tornar-se cada vez mais complexos, uma vez que se tem vindo a registar ao longo dos anos, um crescente avanço ao nível do uso de tecnologia, o que permite aumentar a sobrevivência. Esta situação parece condicionar a implementação do cuidado fundamental (Kitson, 2018). A comunicação com a PSC e família, enquanto elemento do cuidado fundamental, está por isso, posta em causa (Feo et al., 2015). Deste modo, importa ao enfermeiro perceber a importância do estabelecimento de uma relação positiva entre enfermeiro PSC/família, de forma a reconhecer e gerir as suas necessidades complexas (Kitson, 2018).

A má notícia é definida como toda a informação de conteúdo desagradável, que envolva uma mudança drástica e negativa na perspetiva do futuro e/ou prognóstico de saúde (Pereira, 2008). Studer, Danuser, & Gomez (2017) acrescentam que a comunicação de más notícias se trata de uma situação delicada e complexa, que geralmente é vivenciada pelo profissional de saúde como geradora de stresse.

A PSC é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros, [OE] 2018). A dependência a que está sujeita e o facto de vivenciar uma situação de urgência e de declínio súbito do seu estado de saúde, desenvolve por si só, quer na PSC quer na sua família elevados níveis de stress, medo, insegurança e ansiedade. Acrescendo, deste modo a sua vulnerabilidade, e a probabilidade de se vir a comunicar más notícias (Blom, Gustavsson, & Sundler, 2013; Magalhães, 2014).

Este relatório tem como finalidade descrever o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem no cuidado à PSC, definidas no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização PSC pela ESEL (ESEL, 2010), congruentes com os descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação publicadas pela Agência Nacional para a Qualificação, e o Ensino Profissional (ANQEP), & Direção-Geral do Ensino Superior (DGES), (2013). Pretendeu-se ainda atingir as competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, de acordo com o descrito

no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, e no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2018; 2019).

Defini como objetivos gerais: Desenvolver competências de enfermagem especializadas no cuidado à PSC; Desenvolver competências de enfermagem especializadas de comunicação de más notícias à PSC e família. E, como objetivos específicos: Prestar cuidados de enfermagem especializados em contexto de Serviço de Urgência (SU) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) respeitando o direito à informação, numa lógica de humanização dos cuidados à PSC e família; Aprofundar conhecimentos sobre comunicação de más notícias à PSC e família; Contribuir para formar a equipa de enfermagem no âmbito de comunicação de más notícias; Analisar o papel do enfermeiro especializado na comunicação de más notícias à PSC/família.

Para a elaboração do projeto e enquadramento conceptual deste relatório foi previamente realizada uma pesquisa nas bases de dados MEDLINE, CINAHL e repositório comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, mediada por um protocolo de revisão integrativa da literatura que se encontra em apêndice 1. No que concerne ao percurso de desenvolvimento de competências, o mesmo ocorreu com a realização de estágio em contexto de SU e UCI, com a realização de várias sessões de orientação tutorial e momentos de discussão em seminários.

O desenvolvimento de competências anteriormente definidas ocorreu durante a realização de ensino clínico. A realização de estágios é de grande importância uma vez que estes, “constituem momentos de especial potencial formativo, em que a experiência se constitui em saber, através de um processo reflexivo constante sobre as práticas desenvolvidas” (Vinagre, 2012, p.4). Os contextos clínicos acabam por ser locais privilegiados de grande aprendizagem, através da observação e da realização de intervenções várias, que permitem ao estudante aplicar os seus conhecimentos, valores pessoais e profissionais, mas também, capacidades que conduzem a uma prática sustentada e de excelência.

A seleção dos locais de estágio teve por base a escolha de serviços que me possibilitassem quer atingir os objetivos a que me propus, quer a desenvolver competências de Enfermagem Especializada à Pessoa em Situação Crítica e família. Deste modo, os serviços escolhidos para local de estágio foram: Serviço de Urgência

Geral, e o Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, ambos de hospitais da área de Lisboa, integrados no Serviço Nacional de Saúde.

Tal como a estratégia de estágio, as sessões de orientação tutorial e discussão em seminário, são de grande importância neste percurso de desenvolvimento de competências. Pois, possibilitam o apoio, o esclarecimento de dúvidas, a orientação e acompanhamento científico-pedagógico, por parte dos professores, a estudantes.

O presente documento está organizado em dois grandes capítulos. O primeiro capítulo é referente ao enquadramento teórico e conceptual que foi utilizado para a sustentação teórica do tema; em seguida, no capítulo dois, faz-se referência ao percurso de desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas no cuidado à PSC, definidas para este curso. Por último, as considerações finais, que nos remetem para a análise geral deste percurso, no que concerne ao desenvolvimento de competências, são também apontadas implicações para a prestação de cuidados, para a formação e para a investigação.

Este trabalho rege-se pelas normas de elaboração de trabalhos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), estando a referenciação bibliográfica conforme a norma da *American Psychological Association* (APA).

1. EQUADRAMENTO CONCEPTUAL

No presente capítulo é apresentada uma breve contextualização teórico-conceptual. É feita uma abordagem ao processo de comunicação, enquanto instrumento básico do cuidado de enfermagem e enquanto elemento-chave para o cuidado fundamental, dando ênfase ao referencial teórico que norteou o meu percurso.

1.1 Comunicação em enfermagem enquanto elemento chave do cuidado fundamental

O cuidar em enfermagem surge enquanto essência da profissão. Este, por sua vez, depende de competências técnicas e sobretudo de uma relação interpessoal estabelecida entre enfermeiro-PSC/família, mediante habilidades de interação e comunicação (Pott, Stahlhoefer, Felix, & Meier, 2013). A comunicação é considerada um instrumento básico de enfermagem (José, 2010) e também ferramenta terapêutica do cuidado de enfermagem, que possibilita ao enfermeiro responder às necessidades da PSC/família, através de um plano de cuidados individualizado (Phaneuf, 2005).

Deste modo, a comunicação encontra-se presente no quotidiano da profissão de enfermagem, constituindo-se num componente vital e necessário para um cuidado fundamental (Brito, Cristinne, Costa, Andrade, & Francisco, 2014; Feo et al., 2015).

De acordo com a Teoria do Cuidado Fundamental de Kitson (2018), este tem como foco de atenção os elementos essenciais e práticos do cuidado, tais como a empatia, a compreensão, o interesse pelo outro, e a interajuda. Envolve igualmente aspetos físicos, psicossociais e relacionais, que são exigidos por todas as pessoas em qualquer ambiente de cuidados.

O aumento da esperança média de vida associada ao avanço tecnológico na área de cuidados críticos, comportam em si uma obrigatoriedade dos profissionais de saúde em comunicar más notícias. Deste modo, o processo de comunicação mantém-se enquanto elemento chave e primário com a qual o enfermeiro e a PSC/família estabelecem uma interrelação (Sá et al., 2015; Kitson, 2018).

Com efeito, perante o paradigma do cuidado fundamental e centrado na pessoa (Kitson, 2018), importa garantir que o enfermeiro, na interação que estabelece com a

família, considera-a como cliente de enfermagem ou seja, como parte integrante do cuidar e de continuidade da pessoa doente, tendo em conta a perspetiva atual de cuidados holísticos. Afirma-se, deste modo, que a relação enfermeiro PSC/família é o núcleo da sua estrutura e a base sobre a qual o cuidado fundamental é contruído (Feo et al., 2015). Perante estes pressupostos, torna-se imperativo que seja atribuída importância acrescida aos cuidados centrados na família.

A família é definida pela CIPE® como uma “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais” (CIPE, 2011, p.120). A família da PSC, está intimamente envolvida no processo saúde/doença do seu familiar, onde todos os seus elementos são afetados, quer de um modo individual ou coletivo, pela fragilidade que lhes é imposta (Mendes, 2015).

Assim, cuidar da PSC e família convida o enfermeiro a reconhecer o sofrimento do outro, deter um julgamento clínico que permita identificar os problemas reais e potenciais e prestar cuidados à PSC, garantindo que a família possa estar presente e incentivando o envolvimento da mesma enquanto parceira de cuidados (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011). Nesta parceria, o processo de comunicação constitui-se não só como elemento chave no contexto dos cuidados à família, mas também como instrumento fundamental no processo de relação interpessoal com a PSC. Resulta não apenas da necessidade e direito de informação por parte da PSC e família, mas também do dever de informar dos enfermeiros (OE, 2009).

A forma como a comunicação decorre entre enfermeiro-PSC/família, constitui um forte indicador dos cuidados prestados. Reflete os seus valores e abrange o mais intimido das necessidades da PSC/família, de forma a garantir a integridade física, mental e psicossocial. Deste modo, a satisfação dessas necessidades é realizada mediante um estabelecimento de uma relação positiva e de confiança. O cuidado fundamental engloba também, o domínio relacional na qual a comunicação é inserida (Feo, Conroy, & Jangland, 2016).

1.2 Comunicação de más notícias à PSC e família

Comunicar más notícias à PSC e seus familiares é uma das mais difíceis e importantes intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros, quer pela gravidade das situações, quer pelas questões éticas inerentes. A comunicação de más notícias nos serviços que recebem doentes em estado crítico, nomeadamente SU e UCI, exige dos profissionais de saúde uma agregação de competências e atitudes únicas, de forma a informar adequadamente a PSC/família (Magalhães, 2014).

É na interação entre enfermeiro e PSC/família que emerge a temática de comunicação de más notícias. Estas, podem englobar um diagnóstico grave, uma incapacidade ou perda funcional, um tratamento intenso e doloroso, um internamento, ou até uma intervenção cirúrgica. No entanto, na grande maioria das vezes, a má notícia é sempre associada à existência de um diagnóstico fatal ou ao falecimento de uma pessoa (Elizari, 2007& Pereira, 2008).

Na relação entre enfermeiro e PSC/família surge a importância do desenvolvimento de competências comunicacionais e, concretamente, do desenvolvimento de competências para comunicar más notícias (Santos, 2017). Contudo, o processo de comunicação e gestão de más notícias é complexo e suscetível de ser fonte de desconforto, para os que nele intervêm, uma vez que poderá ter repercussões quer na pessoa que as recebe, quer no profissional que as transmite, tanto a nível físico, como psicológico, espiritual, social e familiar (Sequeira, 2016; Santos, 2017).

Stayt (2009), conclui que a má notícia e as relações interpessoais são fontes de stresse emocional para os enfermeiros que cuidam da PSC/família. Baile, Buckman, Lenzi et al., (2000), identificam obstáculos à comunicação de más notícias sentidos pelos enfermeiros, como o medo de realizar mal o processo e de represálias consequentes; o receio de não dominar o assunto em questão; o medo de exprimir os seus pensamentos e por último, o medo de não se adaptar à situação vivenciada.

Não existe uma forma correta de comunicar uma má notícia, no entanto existem estratégias facilitadoras, como por exemplo, a utilização de protocolos de atuação. Estes “constituem uma série de atitudes e comportamentos que suportam uma

intervenção humana e facilitadora quer para o profissional de saúde quer para o doente”, tornando deste modo, o processo de comunicação de más notícias algo mais estruturado (Santos, 2017, p.26). Assim, vários estudos foram realizados por Buckman, (1992), que desenvolveu um protocolo de más notícias, conhecido pelo acrónimo *SPIKES*. O protocolo *SPIKES* consiste na realização de seis passos: preparar o contexto (*Setting*); descobrir o que a pessoa já sabe (*Perception*); descobrir a que nível a pessoa quer saber (*Invitation*); partilhar informação (*Knowledge*); responder às reações da pessoa (*Emotions*); planear o seguimento (*Strategy*). Este protocolo permite ao enfermeiro, perceber e avaliar o sistema de crenças e valores da PSC e família, fornecer informação sobre o problema, dar resposta às emoções desenvolvidas aquando da comunicação da má notícia, e planificar o seguimento em colaboração com a PSC/família.

Para Kitson, (2018), o curto período de permanência da PSC e família em ambientes de cuidados críticos, condiciona o estabelecimento de uma relação de confiança. Contudo, apesar desta complexidade inerente ao ambiente de cuidados, os profissionais de saúde estabelecem relações com a PSC/família (Feo, Donnelly, Athlin, & Jangland, 2018).

Kitson, et al, (2014), num estudo realizado direccionado à PSC com patologia abdominal, contextualizam que, em ambientes de cuidados críticos, a PSC experiência cuidados variados e complexos, tais como vários exames de diagnóstico e/ou cirurgias, bem como, observações por parte de vários profissionais de saúde. Tais experiências, por sua vez poderão levar a uma comunicação deficiente e consequentemente a uma ameaça à continuidade de cuidados e à segurança da PSC.

Deste modo, cabe ao enfermeiro enquanto prestador de cuidados fundamentais, avaliar que recursos necessita para que os seus cuidados sejam seguros e de qualidade. É requerido que o enfermeiro desenvolva previamente competências de comunicação, o que reporta para as competências organizacionais e de trabalho de Benner (2001), bem como para as competências de enfermagem à PSC (OE, 2018).

As competências comunicacionais são um elemento essencial do cuidado fundamental. Estas, ganham mais sentido no contexto de cuidados de enfermagem à PSC, onde as más notícias são frequentes. Contudo, a comunicação de más notícias exige do enfermeiro competências específicas, podendo conduzir a efeitos positivos

na PSC/família (Pereira, 2008; Kitson, 2018). Para isso, são apontadas enquanto estratégias facilitadoras, o trabalho emocional e a formação dos profissionais. Corroborando com essa ideia está Marçal (2014), que defende que:

“(...) uma formação académica adequada aliada ao desenvolvimento de competências práticas baseadas na capacidade de estabelecer uma relação terapêutica alicerçada na empatia, na sensibilidade e no tato profissional permitem ultrapassar com sucesso a maioria das dificuldades”.

No entanto, Warnock, Tod, Foster, & Soreny, (2010), ao desenvolverem um estudo quantitativo onde exploraram o papel do enfermeiro no processo de comunicação de más notícias, concluíram que o défice de conhecimento, bem como, a falta de formação dos enfermeiros são uma realidade. Num estudo mais recente, de cariz qualitativo realizado por Ribeiro, (2015), que trabalhou as “Vivências dos Enfermeiros no Serviço de Urgência Geral, na Comunicação de Más Notícias”, é referido que a falta de formação e de experiência são fatores dificultadores na comunicação de más notícias.

Apesar dos obstáculos identificados anteriormente, de acordo com Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo, & Hanson, (2010), o enfermeiro surge como elemento principal neste processo, uma vez que é o profissional de saúde mais capacitado para a avaliação, intervenção e satisfação das necessidades de informação da PSC/família, devido à sua presença assídua junto da mesma e consequente inter-relação estabelecida aquando do seu exercício. A necessidade de comunicação especializada nos cuidados de enfermagem assume, deste modo, uma importância especial em ambientes de cuidado à PSC/família (Hollyday & Buonocore, 2015).

1.3 Do direito à informação ao dever de informar

De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2016), a informação de saúde compreende todo o tipo de informação dada de forma direta ou indireta. Esta, pertence à pessoa a quem diz respeito e poderá ser atual ou futura, incluindo todos os dados clínicos inerentes. O direito à informação clínica é um direito da pessoa, reconhecido pela Lei nº 15/2014, de 21 de março (*Diário da República 1.ª série*, N.º57 (2014)). Deste modo, a pessoa tem o direito a ser informada pelo profissional de saúde sobre a sua situação clínica, bem como, sobre todas as

alternativas de tratamento e, sua evolução. Esta informação deverá ser transmitida de forma acessível, objetiva, completa e inteligível.

No sentido da procura da excelência no seu exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem à PSC, busca os mais elevados níveis de satisfação da PSC/família. A transmissão de informação é um dos elementos importantes na satisfação da mesma. Por isso, a gestão da comunicação interpessoal e da informação fornecida à PSC/família, bem como, a utilização de técnicas comunicacionais facilitadoras do estabelecimento de uma relação terapêutica com a mesma, são algumas das preocupações do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC (OE 2017).

Os enfermeiros pela natureza da sua profissão, no que concerne à prestação de cuidados, especificidade, conteúdo funcional e autonomia científica e técnica, são regulados por um regime jurídico. Deste modo, o exercício profissional de enfermagem é legislado através de leis que suportam o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) (OE, 2015).

No REPE, no que diz respeito ao direito à autodeterminação, o profissional de enfermagem assume o dever de:

“Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicitação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (OE, 2015, p.33).

Para Magalhães (2017), baseando-se no enunciado de posição emitido pela OE (2007b), informar diz respeito à transmissão de dados, sendo este o processo que reduz ou elimina a incerteza, e que contribui para a adaptação e tomada de decisão por parte da PSC/família. A mesma autora refere ainda que, “do direito da pessoa possuir a informação para formar uma vontade livre e esclarecida, decorre o dever de informação dos profissionais” (p.30). Desta forma, é importante que o enfermeiro estabeleça uma comunicação acessível e efetiva.

Como abordado anteriormente, o direito ao consentimento livre e esclarecido da PSC está assegurado pelo dever de informar do enfermeiro. Todas as intervenções de enfermagem, necessitam de um consentimento por parte da pessoa alvo de cuidados. Por sua vez, não devem ética e legalmente, ser praticados atos que a pessoa, por sua vontade, livre e esclarecida, tenha recusado. No entanto, apesar do consentimento ser necessário para qualquer intervenção, nem todas as pessoas alvo de cuidados têm capacidade de o prestar (OE, 2007).

A PSC é uma dessas exceções, pois, em ambientes de cuidados complexos, esta nem sempre se encontra no seu estado pleno para receber informações e/ou tomar decisões. Desta forma, não é viável a obtenção de um consentimento informado livre e esclarecido. Assumindo-se então, o consentimento presumido, onde os profissionais atuam mediante benefício direto da pessoa, atendendo às suas circunstâncias, pelo melhor agir ético, conhecimento científico e deveres deontológicos (OE, 2007).

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica “concebe, implementa e avalia planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados” (OE, 2017, p.1). No contexto de cuidados críticos, a vulnerabilidade experimentada face a uma situação de doença crítica, reserva à PSC/família, momentos de grande instabilidade e tensão. Neste sentido e face ao processo de doença inerente, a PSC/família descobre alterações significativas no seu bem-estar, que fazem emergir novas necessidades (Mendes, 2016).

Desta forma, o enfermeiro, ao estabelecer uma relação positiva com a PSC/família, responde, conseqüentemente, a uma das suas principais necessidades: a de obter informação atempada, acessível e credível. Reduzindo, deste modo, o risco de desenvolvimento de sentimentos de vulnerabilidade e incerteza, promovendo a sua coesão e a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM

No presente capítulo, é realizada uma exposição e descrição das atividades realizadas ao longo dos contextos de estágio concluídos, que culminam com o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. De forma a facilitar o leitor, optei por descrever as atividades desenvolvidas e estratégias utilizadas e analisá-las segundo as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018). Em paralelo foi realizada uma análise crítico reflexiva das dificuldades sentidas, assim como estratégias de adaptação encontradas de forma a ultrapassá-las.

2.1 Serviço de Urgência

O primeiro estágio decorreu no período compreendido entre 1 de outubro a 2 de dezembro de 2018, num serviço de urgência geral. Trata-se de uma urgência médico cirúrgica, integrada na rede nacional de urgências hospitalares, que presta cuidados à pessoa/família em situação urgente e emergente, com idade igual ou superior a 18 anos. A escolha da realização do estágio neste serviço prendeu-se com o facto de ser uma urgência médico cirúrgica, o que veio responder às minhas necessidades enquanto estudante. Trata-se de um hospital de referência que tem como objetivo prestar cuidados de saúde à PSC/família de forma individualizada, tendo em conta as suas necessidades reais, com base num trabalho seguro, eficiente e de qualidade, igualmente promotor do desenvolvimento da investigação e formação dos seus profissionais.

O SU é constituído por várias áreas de prestação de cuidados. O percurso da pessoa que recorre a este serviço, vai depender do grau de gravidade do seu estado de saúde. Numa primeira fase a pessoa é admitida no gabinete de triagem, onde o seu objetivo é, priorizar atribuindo um sistema de cores, de acordo com o Protocolo de Triagem de Manchester, tendo em conta a gravidade clínica com que a pessoa se apresenta no serviço (Grupo Português de Triagem, 2009).

Se a sua prioridade, de acordo com o protocolo de triagem de Manchester, for não urgente ou pouco urgente (cor azul e verde respetivamente), são encaminhadas para a zona de consultas e sala de tratamentos de enfermagem respetivos. A zona de pequena cirurgia, comporta pessoas de todas as prioridades do protocolo de Triagem de Manchester, onde são prestados cuidados da especialidade de cirurgia e ortopedia como também, cuidados de enfermagem.

Se a sua prioridade, de acordo com o protocolo de triagem de Manchester, for urgente e muito urgente (cor amarela e laranja respetivamente), são encaminhadas para o posto de observação rápida (onde é realizada uma observação e avaliação das necessidades da PSC/família, de forma a prestar cuidados de saúde personalizados). Sempre que seja necessária uma permanência mais alargada, ou internamento da PSC, procede-se à transferência desta para o posto de estadia curta (zona de internamentos e reavaliações médicas, onde são prestados todos os cuidados de saúde inerentes à sua situação clínica).

É constituído também pela sala de reanimação, que tem capacidade para receber e prestar cuidados emergentes a duas pessoas simultaneamente. Estes, por definição encontram-se em risco iminente de falência multiorgânica. Pode receber doentes sempre que seja ativada uma das vias verdes do serviço: Via verde Acidente vascular cerebral, via verde sépsis, via verde coronária e, via verde doente crítico. Nestes casos, a PSC, ou fica internada em sala de observações (onde a PSC está em monitorização cardíaca e vigilância contínua e são prestados todos os cuidados de saúde inerentes à sua situação clínica), ou é transferida para cuidados diferenciados.

O SUG, tem integrado, de igual forma, a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), esta por sua vez integrada na emergência médica pré-hospitalar, local onde tive a oportunidade de realizar 4 turnos.

Tem também ao dispor da família da PSC e profissionais uma sala destinada à comunicação de más notícias. Esta, está localizada na zona de gabinetes, distante da sala de reanimação, o que para mim é um ponto negativo pois afasta demasiado a família da PSC. Não existe nenhum protocolo instituído no serviço, para comunicar más notícias, o que, de acordo com o enfermeiro chefe do serviço, grande parte das vezes dificulta esse processo.

A minha integração neste serviço foi marcada por algumas dúvidas e incertezas. No que respeita a cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e falência orgânica OE (2018), o primeiro desafio foi a antecipação e reconhecimento dos vários focos de instabilidade da PSC, de modo a ajustar as intervenções necessárias.

Tive como processos facilitadores: a minha capacidade de adaptação; a minha experiência anterior na abordagem à PSC, a participação em vários congressos de emergência, reanimação e trauma (anexos 2 e 3), bem como, os cursos de suporte avançado de vida e de trauma efetuados anteriormente (anexo 4 e 5). Realizei vários turnos em contexto de sala de reanimação e serviço de observação, dado serem os locais do SU com maior probabilidade para o desenvolvimento e compreensão de prestação de cuidados emergentes e estabelecimento de prioridades. Neste âmbito, tive a oportunidade de cuidar de pessoas com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), Edema Agudo do Pulmão (EAP), bradidisritmias, taquidisritmias, descompensação respiratória a necessitar de ventilação não invasiva (VNI), descompensação metabólica, entre outros.

Desde o início do estágio, foi meu objetivo prestar cuidados emergentes à PSC/família, no entanto, foi difícil entrar num seio de uma equipa que já estava estruturada. Senti dificuldade em priorizar cuidados, como por exemplo numa situação de abordagem à PSC com descompensação respiratória, em que numa fase inicial, visto ainda me estar a integrar no ambiente de cuidados e na equipa, acabava por bloquear e o raciocínio por ser menos fluente. Com a orientação dada por parte da equipa multidisciplinar em cada situação, pude desenvolver um trabalho mais organizado, estruturado e lógico, o que me permitiu adaptar mais facilmente ao ambiente de cuidados e à metodologia de trabalho da mesma. Também, o pensamento crítico e a reflexão sobre as várias intervenções, me permitiu desenvolver novos conhecimentos e consolidar os anteriormente aprendidos. Como por exemplo, na abordagem à PSC em descompensação respiratória, através da aplicação do acrónimo ABCDE, na identificação de focos de instabilidade e gestão de prioridades. E, desta forma, sentir-me mais segura na prestação de cuidados de carácter emergente.

Também devido às repetidas vezes que realizei o processo, passei a sentir-me mais segura na prestação de cuidados, o que corrobora com o referido por Benner,

(2001), que define a aprendizagem experiencial, como sendo fundamental no desenvolvimento contínuo de competências, levando com efeito, à compreensão intuitiva das situações.

Percebi que SU é um serviço com uma característica única, característica esta que influencia todo o processo de cuidados prestado. Falo da imprevisibilidade dos acontecimentos que nele podem ocorrer, tais como, a ocorrência de uma situação emergente, dado ser um serviço de “porta aberta” 24 horas por dia. Esta imprevisibilidade acarreta por si só um peso enorme na resposta da pessoa à sua situação de doença, o que reporta para um sentimento de incerteza constante. A incerteza é definida por Mishel, (1998) na sua teoria, como a incapacidade de determinar o significado da doença. Esta, está fortemente relacionada com as várias alterações de sintomas, com a complexidade dos tratamentos associados, com a ausência de informações sobre a mesma, e com o seu imprevisível trajeto.

Neste sentido, o seu reconhecimento, possibilita a compreensão das necessidades da PSC/família, a diminuição do stress que estas situações acarretam, bem como, a redução de sentimentos de impotência. Promovendo estratégias de *coping*, os enfermeiros auxiliam na gestão da ansiedade, da tristeza, do sentimento de culpa e do medo, facilitando a adaptação da PSC/família às experiências do processo de doença (Mishel, 2014).

Deste modo, procurei sempre gerir a incerteza da PSC/família no SU, reduzindo sentimentos de impotência, como a ansiedade, o medo e a tristeza, através da utilização do reforço positivo, como na situação a seguir explanada:

Dá entrada de forma emergente na sala de reanimação, uma pessoa em paragem cardiorrespiratória (PCR). Após os cuidados dirigidos à PSC, procedeu-se à abordagem à família e ao esclarecimento da situação.

A aplicação do protocolo SKIPES nesta situação, foi facilitadora de modo a encadear todo o processo de comunicação. Inicialmente, percebi que a família se encontrava ansiosa e que necessitava de obter informações. Após a comunicação do falecimento do seu familiar, fornecida pela médica, pude perceber que a família se encontrava como que desamparada e a necessitar de partilhar as suas dúvidas e

preocupações. Por isso, foquei o meu olhar nos membros desta família, de modo, a entrar em contacto e estabelecer uma primeira relação (Phaneuf, 2005; Chalifour, 2008). Percebi que era uma situação de grande choque para esta, por isso, numa primeira fase assegurei que estavam confortáveis e promovi a sua privacidade, atuando de acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2009).

Posteriormente, utilizei o toque, como forma de comunicação não verbal, para demonstrar reconhecimento, aceitação, proteção e interesse para com a família (Chalifour, 2008). Criei desta forma, um momento de comunicação e, uma ligação de forma a poder posteriormente perceber, que informações queriam obter e que dúvidas tinham. Deste modo, após esta perceção global das necessidades da família, pude dar início à sua satisfação.

Assim, comuniquei novamente a má notícia, mas de uma forma simplificada, e expliquei todos os procedimentos realizados. A família afirmou ter percebido a minha explicação, mas notei que algo os inquietava. Pelo que o questionei. Pude perceber que o que os inquietava verdadeiramente, era se o seu familiar tinha sofrido com todo este processo. Expliquei que o seu estado de consciência, não o permitia percecionar a situação e sentir dor. Percebi de imediato que ficaram mais tranquilos.

Desta forma, pude desenvolver um relacionamento interpessoal, através do reconhecimento das necessidades da família, do esclarecimento das suas dúvidas, e do estabelecimento de uma compreensão holística (Peplau, 1952). Respeitando sempre, as suas crenças, valores e capacidade de adaptação, com vista à prevenção de complicações e, promoção de saúde, o que vai ao encontro dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros, (2017). Pude igualmente gerir uma comunicação interpessoal, estabelecendo uma relação terapêutica com a família, o que me permitiu assistir a família da PSC, nas suas perturbações emocionais (OE, 2018). E deste modo, produzir mudanças que influenciarão de forma positiva a sua resposta a esta situação de transição (Peplau, 1952).

Lidar com a ocorrência de algo inesperado requer uma grande capacidade de adaptação por parte dos enfermeiros, não só para gerir prioridades, mas também para planear os seus cuidados com base em avaliações efetuadas. Durante o estágio foram várias as situações em que me deparei com esta problemática. Exemplo disso foi, a

entrada em sala de reanimação de uma pessoa com dor torácica e bradicardia associada. A pessoa vinha um pouco ansiosa, mas, no entanto, muito comunicativa e colaborante dentro das suas possibilidades.

Inicialmente assumindo um papel ativo na abordagem inicial à PSC, constatei que a pessoa tinha a via aérea permeável e que se encontrava ligeiramente polipneica. Sem outras alterações da ventilação. À monitorização encontrava-se normotensa e bradicárdica com 22 batimentos cardíacos por minuto, e com oximetrias de pulso na ordem dos 98%. Apirética, mas com manutenção da dor torácica.

Durante esta primeira abordagem, houve a preocupação de acalmar a pessoa, no sentido da melhoria da sua condição clínica, explicando os vários procedimentos realizados. Procedeu-se de seguida à canalização de um acesso venoso periférico, no sentido de administrar 1mg de Atropina endovenosa, sem resposta hemodinâmica aparente. À realização de eletrocardiograma, constatou-se bloqueio aurículo ventricular completo de novo. Pelo que se iniciou perfusão de Isoprenalina 2mg/50ml Dextrose endovenosa a 4ml/h. Uma vez que a pessoa se encontrava vígil com *Glasgow Coma Scale* (GCS) de 15, mas ainda muito ansiosa quanto à sua situação clínica, procedeu-se à administração de Diazepam 10mg via oral. Neste sentido, ao melhorar o estado de ansiedade da pessoa, pude constatar que, de igual forma, houve melhoria da dor torácica.

Com esta experiência pude mobilizar conhecimentos, relembrar a atuação em emergência com base no algoritmo de bradisritmias (Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 2016). Melhorar a gestão de prioridades, bem como, a antecipação de declínio do estado de saúde da PSC. O que vai ao encontro das competências do enfermeiro especialista à PSC (OE, 2018). Desta forma, considerando a complexidade da situação de saúde supracitada, bem como, as respostas de atuação necessárias à PSC/família, mobilizei conhecimentos e múltiplas habilidades, de modo a responder em tempo útil e de forma holística, às necessidades pretendidas (OE, 2018).

Consequentemente, tive a oportunidade de realizar um debriefing com o meu orientador, o que me possibilitou a reflexão sobre a abordagem ao algoritmo de bradisritmias, em contexto de sala de reanimação, bem como, gestão de prioridades e processo de tomada de decisão. Possibilitou-me também, de igual forma, a

mobilização e solidificação de conhecimentos, como por exemplo, na utilização do acrônimo ABCDE e, terapêutica utilizada. Neste sentido, pude observar, identificar, discutir e refletir sobre as práticas, para que numa situação futura pudesse intervir de melhor forma. E assim foi, sempre que ocorreu uma situação de urgência/emergência intervimos lado a lado com os profissionais, garantindo deste modo uma gestão de prioridades e tomada de decisão.

Outra experiência igualmente enriquecedora em contexto de estágio, foi a entrada em serviço de observação de uma pessoa com diagnóstico de pneumotórax hipertensivo. Na avaliação inicial que realizei, a pessoa apresentava-se com a via aérea permeável, no entanto, cianótica, polipneica com respiração irregular, assimétrica e, com ingurgitamento jugular. Apresentava igualmente desvio da traqueia, o que de acordo com American College of Surgeons, (2012) é, um sinal tardio de pneumotórax hipertensivo. Deste modo, soube que teria de ser uma abordagem emergente, pelo que tive a preocupação, junto como o meu orientador, de clarificar a situação junto da pessoa.

Percebi que estava muito ansiosa com toda a situação, pelo que lhe expliquei que seria um procedimento apesar de doloroso, muito importante para melhorar a sua situação clínica e, que uma forma de ajudar seria concentrar-se na sua respiração. A par da comunicação terapêutica e da empatia demonstrada, utilizei também o toque, como forma de comunicar e cuidar, ficando assim, a pessoa mais tranquila (Chalifour, 2008). Posteriormente, pude atuar com critério emergente verificando que, à monitorização cardíaca, esta se encontrava-se hipotensa, taquicárdica e com oximetrias de pulso na ordem dos 85%. Apresentava igualmente dor torácica, pelo que foi administrado analgésico.

De seguida, foi contactada a equipa de cirurgia que procedeu à colocação de dreno torácico, para resolução do pneumotórax hipertensivo, indo ao encontro das indicações da American College of Surgeons (2012), no que concerne ao tratamento do mesmo.

Com efeito, estiveram sempre presentes o princípio da vulnerabilidade inerente à condição humana, princípio da beneficência e não maleficência, justiça e autonomia. Tendo sido sempre prestados cuidados, garantindo os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019).

Com esta situação, apesar de ter tido algumas dúvidas ao longo do processo de avaliação da PSC, bem como, do processo de tomada de decisão, como por exemplo, que papel assumir, o que fazer, e qual o local dos materiais necessários. Este, foi efetuado de forma rápida, com a ajuda da equipa multidisciplinar. O que me possibilitou, identificar os vários focos de instabilidade e responder em tempo útil aos mesmos, demonstrar conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida, bem como, proceder à gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos. Possibilitou também, desenvolver competências de monitorização e avaliação das respostas aos problemas identificados, e garantir a gestão da dor da PSC (OE, 2018).

Com efeito, como explanado anteriormente, o processo de tomada de decisão foi algo que inicialmente se tornou complexo, pois,

“a tomada de decisões é parte integrante e importante da prática clínica e de enfermagem. Uma sólida avaliação clínica de um doente requer tanto raciocínio, como intuição, e ambos devem basear-se nos conhecimentos e aptidões profissionais” (Grupo Português de Triagem, 2009, p.27).

Não obstante, o processo de tomada de decisões requer um determinado nível de competência, consistindo, deste modo, em interpretar, discriminar e avaliar, possibilitando, assim, uma adequada prestação de cuidados à PSC (Grupo Português de Triagem, 2009).

De modo a ultrapassar este desafio tive a ajuda do enfermeiro orientador que, após identificação conjunta das minhas dificuldades, nomeadamente ao nível da antecipação de focos de instabilidade, da gestão de prioridades, e da tomada de decisão, me ajudou a construir o processo de ensino-aprendizagem. Numa primeira fase, direccionámos a minha aprendizagem para a identificação dos possíveis focos de instabilidade da PSC. Posteriormente focámo-nos na gestão de prioridades e tomada de decisão, otimizando, desta forma, os cuidados de enfermagem necessários, e gerindo a complexidade das várias situações.

Concomitantemente às intervenções supramencionadas, foi feita uma pesquisa científica. Esta, ajudou-me não só a consolidar conhecimentos (fisiopatologia, tratamento e cuidados de enfermagem), como também a refletir a prática de enfermagem. Esta reflexão permitiu desenvolver um conhecimento profundo e altamente especializado, o que aumentou a consciência crítica acerca das questões relativas ao cuidado à PSC (ANQEP & DGES 2013).

Como já vimos anteriormente, devido ao curto período que a PSC/família permanecem em contexto de cuidados críticos, é exigido que a intervenção de enfermagem seja completa e centrada nas suas necessidades (Kitson, 2018). Com efeito, neste âmbito, sendo a comunicação a base do cuidado fundamental, foi de grande importância a aplicabilidade das várias intervenções, tais como: o estabelecimento de uma relação positiva com a PSC e família, bem como a identificação e satisfação das suas necessidades. Deste modo, tornou-se possível adequar e personalizar os cuidados prestados, desenvolvendo de igual forma competências ao nível do estabelecimento de relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidados em situação crítica e/ou falência orgânica; assistência à pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018).

Pude perceber que, neste serviço, existe uma atenção acrescida para com a PSC/família em fim de vida. Os profissionais demonstram preocupação em promover o conforto, a privacidade e os encontros com a família. Em situações de emergência, a mesma, apesar de não poder estar presente em sala de reanimação, poderá entrar posteriormente e visitar o seu familiar.

Exemplo disso foi uma situação de PCR que culminou no falecimento da PSC que deu entrada em sala de reanimação. Nesta situação pude promover o encontro dos familiares com o seu ente querido. Pude igualmente “envolver-me” com a esposa da pessoa através de um estabelecimento prévio de confiança, em que primeiro a abordei e reforcei adotando uma postura empática e de disponibilidade, para que de certo modo a senhora compreendesse que eu estaria presente de modo a ajudá-la, uma vez que esta é parte fundamental na construção de relações de ajuda (Potter & Perry, 2003). Deste modo, e de acordo com Kitson (2018), mantendo o meu foco de atenção nos elementos essenciais e práticos do cuidado, tais como a empatia, a compreensão, o interesse pelo outro, e a interajuda. Envolvendo, de igual forma, aspetos físicos, psicossociais e relacionais.

Ainda durante o período de estágio, surgiu a pertinência de realizar uma sessão de formação em serviço. Esta urge da necessidade do próprio serviço em formar os seus enfermeiros, dado que: apesar do serviço ter à sua disposição o protocolo SPIKES não o utiliza. A sua equipa sofreu grandes alterações, nomeadamente com a admissão de enfermeiros recém licenciados, elementos estes que, de acordo com o

enfermeiro orientador e enfermeiro chefe, carecem de formação neste âmbito. Com efeito, procedeu-se à realização de uma sessão de formação, com os seguintes objetivos: Desenvolver competências e estratégias de comunicação de más notícias à PSC/família; Identificar estratégias a utilizar na comunicação de más notícias; Refletir sobre o contributo da utilização de estratégias para a comunicação de más notícias, enquanto humanizador de cuidados; Discutir dificuldades e constrangimentos na comunicação de más notícias; Refletir sobre a comunicação de más notícias, tendo por base os protocolos existentes. Fez-se igualmente, referência ao processo de comunicação de más notícias, discutiu-se um caso real completando com os passos do protocolo de comunicação de más notícias (*SPIKES*).

Com efeito, com a realização da sessão de formação (apêndice 2) e apresentação deste protocolo, pude contribuir para a capacitação dos enfermeiros do SU para o desenvolvimento de competências e estratégias de comunicação de más notícias à PSC e família. Na sessão estiveram presentes cerca de 30% dos enfermeiros do serviço, que refletiram e discutiram a temática, tendo considerado o momento muito pertinente para a sua formação e para o desenvolvimento do serviço. Os enfermeiros referiram também a necessidade de se realizarem mais formações desta temática, no sentido de abranger mais elementos da equipa de enfermagem. A sessão de formação constituiu-se num momento importante de desenvolvimento do meu percurso, pois a partilha e discussão em equipa contribuíram para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, promovendo a complementaridade da praxis clínica com a evidência científica (OE, 2019).

No seguimento do estágio de urgência, e de modo a promover e enriquecer o desenvolvimento contínuo de competências, foi-me dada a oportunidade de realizar estágio no âmbito do contexto de cuidados à PSC e família em ambiente extra-hospitalar, nomeadamente na Viatura médica de emergência e reanimação (VMER). Teve como objetivos: Prestar cuidados especializados de enfermagem à PSC, em contexto de VMER; promover intervenções especializadas de enfermagem, de forma a reconhecer a importância da família enquanto alvo de cuidados, na prestação de cuidados à PSC; identificar que tipo de más notícias são comunicadas à PSC/família; verificar conceitos relacionados com o cuidar da PSC em situações de urgência, emergência e falência múltipla de órgãos; prestar cuidados de enfermagem tendo por base a qualidade segurança e responsabilidade ética e legal, em colaboração com a

equipa; Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Esta experiência revelou-se bastante pertinente pois permitiu conhecer a importância do papel do enfermeiro em contexto extra-hospitalar, mais concretamente no âmbito da gestão de más notícias à PSC e família. Exemplo disso foi uma ativação da VMER para uma PCR. Aquando da chegada ao local, os bombeiros já se encontravam em manobras de reanimação, até então sem sucesso. Estavam também presentes, os familiares mais diretos da vítima, que neste caso seriam os irmãos. Estes, encontravam-se ansiosos com toda a situação. Com a nossa chegada houve possibilidade de avaliar o ritmo de PCR e constatar que não havia sinais de vida, pelo que se suspenderam manobras de reanimação, com indicação médica.

Neste sentido, nos cuidados à PSC/família em que a o declínio do estado de saúde, ou a iminência de morte são uma constante, torna-se particularmente importante o desenvolvimento de competências relacionais e de comunicação.

A comunicação terapêutica objetiva o cuidado, e favorece a tranquilidade, o respeito, a autoconfiança, a individualidade, a ética, a compreensão e a empatia pela pessoa cuidada (Chalifour, 2008). Assim, após ter sido comunicada a má notícia aos familiares pelo médico, pude centralizar os meus cuidados no apoio e conforto da família. Por isso, enquanto futura enfermeira especialista, preocupei-me em intervir de forma empática, e em desenvolver uma relação terapêutica com a família. Esta, foi desenvolvida utilizando o olhar, o toque terapêutico, o tom de voz, a escuta e, a postura (Chalifour, 2008). O que de acordo com o mesmo autor, permite criar as melhores condições, para auxiliar a pessoa/família a enfrentar as suas dificuldades.

Com esta intervenção, pude gerir o estabelecimento de uma relação terapêutica perante a família da PSC. Assistir a família nas suas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e/ou falência orgânica e, demonstrar conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela PSC.

Tive igualmente a oportunidade de abordar uma vítima de queda em lanço de escadas, que à nossa chegada se encontrava com via aérea permeável, respiração regular, simétrica de média amplitude e sem sinais de dificuldade respiratória. Hipertensa, normocárdica e queixosa à dor. Apresentava GCS de 9. De imediato a equipa com quem tive a oportunidade de trabalhar, procurou envolver-me no processo

de cuidados. Foi feito de imediato a abordagem à vítima com estabilização da coluna cervical, verificação da permeabilidade da via aérea, seguido de monitorização, por parte do enfermeiro. Após esta verificação, pude integrar a gestão de cuidados e ficar na estabilização da coluna cervical. Posteriormente, foi garantida uma via de administração de medicação endovenosa e procedeu-se ao controlo da dor. Após estabilização, a vítima foi imobilizada em plano duro para a realização de transporte.

Neste ambiente de cuidados, pude perceber que o enfermeiro detém uma grande autonomia e que o trabalho em equipa é algo muito importante. Também a maturidade pessoal e profissional que esta perícia de cuidados exige garante, por si só, uma especificidade e efetividade de cuidados prestados dignos de um profissional altamente qualificado.

A possibilidade de observar e experienciar situações de emergência, foram uma mais-valia, não só no que concerne ao processo de desenvolvimento de competências, mas também, no que diz respeito ao crescimento enquanto pessoa e profissional. Permitiu prestar cuidados à pessoa em situação emergente, e antecipar os seus focos de instabilidade e risco de falência orgânica. Possibilitou de igual forma, administrar e gerir protocolos terapêuticos complexos.

Pude estar desperta também, para a gestão diferenciada da dor e, para o bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, em contexto de extra-hospitalar. Também, a gestão e o estabelecimento de relação terapêutica perante a pessoa, família em situação crítica e/ou falência orgânica, foi algo que pude desenvolver (OE, 2018).

Durante o estágio, tive a possibilidade de participar em atividades de formação desenvolvidas, tais como, a formação obrigatória do plano de emergência externo (PEE), para todos os profissionais e alunos estagiários, e a participação no simulacro referente ao PEE. Através da minha integração nestas atividades, pude perceber que a aplicação deste PEE me permitiu gerir os recursos disponíveis e compreender uma estrutura em que as funções dos intervenientes se encontrem bem definidas. Tal compreensão contribuiu para dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe (OE, 2018). Com a participação no simulacro de urgência realizado, pude perceber a importância da sua realização no que diz respeito, à preparação dos profissionais para estes cenários, bem como, à correção e atualização

de procedimentos. Deste modo, através das atividades proporcionadas e realizadas, foi possível a promoção do desenvolvimento da competência supramencionada.

Com a realização deste estágio, pude desenvolver um conjunto de competências e atitudes únicas, que me permitem assistir a PSC e família. A abrangência das minhas intervenções centram-se, nas perturbações emocionais decorrentes da sua situação de doença aguda. Bem como, na otimização do ambiente e dos processos terapêuticos na pessoa e família a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes da doença aguda.

Assim, cuidar da PSC e família possibilitou-me reconhecer o sofrimento do outro, deter um julgamento clínico que permita identificar os problemas reais e potenciais e prestar cuidados à PSC, garantindo igualmente a presença da família e incentivando o envolvimento da mesma enquanto parceira de cuidados (Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. 2011). Em contexto de SU, o processo de comunicação constitui-se, assim, não só como elemento chave no contexto dos cuidados à família, mas também como instrumento fundamental no processo de relação interpessoal com a PSC.

2.2 Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

A unidade de cuidados intensivos (UCI) onde estagiei, recebe doentes de todas as especialidades, inclusive do SU, do Bloco Operatório, de qualquer área de influência e de outros hospitais. Recebe também os doentes neuro críticos dos vários hospitais da área Metropolitana de Lisboa para intervenção emergente do doente com aneurisma cerebral ou em contexto de trombectomia no doente com Acidente Vascular Cerebral (AVC) agudo. Trabalha igualmente em colaboração com as Unidades de Cuidados Intermédios (Medicina, Cirurgia, Neurocirurgia) de forma a dar uma resposta atempada ao doente crítico.

É desta forma uma UCI de nível III, composta por 8 camas, num modelo de “*open space*”, todas com possibilidade de monitorização contínua e suporte de órgãos, de entre as quais 2 quartos de isolamento com pressão controlada. É igualmente uma unidade proativa no que concerne ao desenvolvimento de várias campanhas e protocolos como a Campanha da Prevenção da Pneumonia Associada ao Ventilador, Protocolo da Hemorragia Subaracnoideia e Protocolo de Desmame do Ventilador, Sedo-analgesia e Mobilização Precoce envolvendo toda a equipa da UCI e outras especialidades no sentido de melhoria do resultado clínico dos doentes.

A minha experiência profissional resulta desta área de cuidados. Porém, considerei importante desenvolver competências e consolidar os meus conhecimentos num contexto de UCI polivalente. Considero que, o decorrer do estágio na UCI foi um período muito enriquecedor e de crescimento profissional. Pois, tive a oportunidade de adquirir uma diferente perspetiva de cuidados, bem como, novos conhecimentos nomeadamente ao nível da abordagem ao doente neurológico. Deste modo, pude articular a aquisição de novos conhecimentos com a diferente experiência prévia, intervindo de forma mais consciente. Ou seja, detetando precocemente focos de instabilidade da PSC, priorizando intervenções e implementando cuidados de enfermagem adequados, visando na otimização do *outcome* da PSC.

A minha experiência anterior foi determinante para que a integração no serviço decorresse sem sobressaltos, e para que a equipa ganhasse confiança no meu trabalho. Exemplo disso foi, a forma como abordei doentes sob suporte ventilatório e/ou substituição renal. O conhecimento do sistema informático possibilitou-me igualmente, estar familiarizada com a consulta e registo de informação, contribuindo

para a continuidade de cuidados. Desta forma, foi bastante pertinente desenvolver o meu estágio neste ambiente de cuidados mais complexo, onde foi possível também, focar a minha intervenção na problemática que pretendi explorar, a comunicação de más notícias à PSC e família.

A informação dada à PSC/família neste serviço é, grande parte das vezes, realizada pelos médicos responsáveis, o que inicialmente me pareceu bloqueador para o desenvolvimento de competências na minha área de intervenção. No entanto, este facto tornou-se simplificador para o desenvolvimento das mesmas, uma vez que enquanto enfermeira pude ter um papel ativo nesta área de atuação.

A comunicação de más notícias foi experienciada em situações em que era comunicado o agravamento da situação clínica ou em que o mesmo era evidente e era necessário abordar o tema com a PSC/família. Constituiu um constrangimento importante nesta matéria, a estrutura física da UCI em *open space*.

Assim, e de forma a evitar a partilha accidental de informação, tive a preocupação de partilhar com a família informações unicamente na presença da PSC, e quando autorizado por esta, respeitando assim a sua vulnerabilidade e privacidade. Desta forma, respondendo ao artigo 106º “Dever do sigilo profissional” do Código Deontológico dos Enfermeiros, em que agi sempre de acordo com normas legais, princípios éticos e deontologia profissional. Desenvolvi de igual forma, práticas de cuidados respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. O que permitiu ampliar competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (OE, 2019).

Neste sentido, tive a oportunidade de intervir junto da família focalizando-me em reforçar/descodificar informação anteriormente transmitida. Exemplo disso foi, uma situação de uma senhora de 32 anos que estava internada na unidade com o diagnóstico de mal epilético e, que teria um “prognóstico reservado”, tendo a família já conhecimento disso. Tive oportunidade de prestar cuidados a esta senhora durante alguns dias. Por isso, no período de visita, a família vinha sempre ao meu encontro e do meu orientador, no sentido de obter novas informações.

Na transmissão destas informações houve momentos em que o protocolo SPIKES foi extremamente orientador. Exemplo disso, foi a comunicação com a família quando a sua familiar teve de ser intubada orotraquealmente (IOT). Primeiro houve a

preocupação de preparar a família antes do encontro com a sua familiar, explicando a necessidade de se proceder a uma manobra invasiva, devido à alteração do seu estado neurológico. De seguida, juntamente com o enfermeiro orientador, pude perceber se a família mantinha a vontade de visitar a mesma. Uma vez que obtivemos uma resposta positiva da parte desta, procedeu-se ao diálogo, esclarecendo as dúvidas relativamente ao procedimento de IOT e sua necessidade.

Posteriormente, de forma empática informamos a família do estado de saúde da sua familiar, dando espaço à expressão de emoções. Neste tópico, estivemos presentes aquando a comunicação da situação, bem como, na altura em que a família entrou no quarto e visualizou a sua familiar. De seguida pudemos explicar o plano terapêutico, intervenções futuras, e o que poderia vir a acontecer.

Neste sentido, pude estabelecer uma relação terapêutica com a família, identificando as suas necessidades, naquele momento, tanto de informação, esclarecimento, como também de apoio emocional. Reforcei e descodifiquei informações que já teriam sido fornecidas, de forma a simplificar o seu entendimento. Também, a necessidade de apoio emocional era notória nesta família, por isso, estive presente e disponível mostrando empatia. Desta forma, pude reduzir a sua ansiedade apresentando-se esta menos chorosa, menos ansiosa e mais confortada. Assim, como defende Kitson (2018), a empatia demonstrada no ato de cuidar, foi influenciadora na resposta desta família ao processo de doença aguda da sua familiar.

Ao intervir junto desta família, pude refletir sobre a importância da presença do enfermeiro, numa fase tão frágil como aquela em que a mesma se encontrava. O estar presente enquanto cuidado, é para Doona, Chase, Haggerty, & Ed, (1999), o cerne da relação entre enfermeiro e pessoa/família e, consiste num processo desenvolvido entre ambos. Segundo as mesmas autoras, este, possui características únicas nomeadamente, a ligação à experiência da pessoa/família, a compreensão, o ir além do conhecimento científico, o saber, e o estar com a pessoa/família. Permite de igual forma, avaliar e antecipar as necessidades da PSC/família e, intervir de forma personalizada (Penque & Keamey, 2015).

Nesta abordagem à família, pude desenvolver competências ao nível da assistência nas suas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e/ou falência orgânica, bem como, demonstrar conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos. E, desta forma, desenvolver um cuidado especializado,

de qualidade, envolvimento de sensibilidade e humanismo e, sobretudo, centrado nas necessidades da família (Feo, Conroy, Alderman, & Kitson, 2015; Kitson 2018; OE, 2018).

Neste estágio foi igualmente marcante, o papel do enfermeiro especialista na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC. Deste modo, procurei perceber quais os protocolos, normas de orientação clínica e normas de procedimentos existentes no serviço. Posteriormente, em parceria com o enfermeiro orientador (este enquanto auditor e elemento dinamizador do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA)), foi realizada colheita e registo de dados relativos à aplicação de intervenções, para a prevenção da pneumonia associada à intubação (PAI). De seguida, procedeu-se à análise e reflexão referente aos dados do ano anterior, no sentido de diagnóstico de oportunidades de melhoria das correntes práticas clínicas. Desta forma, pude refletir e perceber que, através da realização de várias auditorias, bem como, sessões de formação aos profissionais do serviço, o número de doentes com PAI durante o internamento tem vindo a reduzir de ano para ano.

Percebi que o enfermeiro auditor, deve realizar a sua prática com conhecimento e saber fazer, pois, considerando o risco de infeção, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das várias situações e à exigência dos cuidados, este responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e resistência a antimicrobianos. Com efeito, através do acompanhamento na implementação de um plano de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos, bem como, na realização de procedimentos de controlo de infeção, pude desenvolver competências ao nível da maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC, face à complexidade da situação (OE, 2018).

A PAI é a pneumonia que é diagnosticada em doentes com tubo endotraqueal há mais de 48 horas ou, em doentes que foram extubados há menos de 48 horas (Direção Geral da Saúde, 2017; Quillici & Juliana Pena Porto, 2018). A sua prevenção não era um tema novo para mim, no entanto, ao deparar-me com uma diferente atenção dada, no que concerne à implementação de intervenções/medidas para

minimização da sua prevalência, senti necessidade de refletir e pesquisar sobre o assunto. A redução, quando possível, da sedação, a avaliação da possibilidade de desmame ventilatório, a elevação da cabeceira do leito a 30° evitando momentos de posição supina, a realização de higiene oral com cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes ao dia, a manutenção da pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cm H₂O, tubo endotraqueal com sistema de aspiração subglótica e a manutenção dos circuitos ventilatórios, são intervenções/medidas de prevenção associada à intubação (Direção Geral da Saúde, 2017; Maran; et al., 2019).

No entanto, a par destas intervenções/medidas, em contexto de estágio e em momento reflexivo com o enfermeiro orientador, pude perceber que existem outras intervenções/medidas que não vêm mencionadas na literatura, mas que, sem dúvida, fazem parte integrante na prevenção da pneumonia associada à intubação, como a adaptação dos circuitos ventilatórios abaixo do nível do tubo endotraqueal, de forma a que as secreções brônquicas expelidas para os circuitos não retornem ao doente. Também a avaliação de conteúdo gástrico previa à colocação do doente em posição supina, é outra medida que não vem na literatura. Esta, é realizada de modo a prevenir a aspiração de conteúdo gástrico. Se existir estase gástrica, é colocada a sonda nasogástrica em drenagem passiva.

Deste modo, o facto de não ter conhecimento de todas estas intervenções/medidas na prevenção da pneumonia associada à intubação despertou em mim uma necessidade de aprendizagem e sedimentação dos conhecimentos detidos anteriormente. Assim, ao realizar pesquisa sobre a temática, e ao implementar as intervenções supra mencionadas, pude consolidar e melhorar a minha intervenção, na promoção da segurança e gestão de risco à PSC submetida a ventilação mecânica invasiva (OE, 2018).

Por ocasião de ter acompanhado um doente com sépsis, tive a oportunidade de conhecer as novas *guidelines* desta temática. Estas são baseadas em critérios de avaliação do SOFA (*Sequential Organ Failure Assessement*), que nos reportam para o índice de gravidade da Sépsis/choque séptico. É atribuída uma pontuação através da avaliação do funcionamento dos vários sistemas, respiratório, hepático, renal, cardiovascular, sistema nervoso central e coagulação.

No caso que pude acompanhar, a pontuação do Índice de gravidade atribuída foi de 12, o que, de acordo com Medlej (2018), nos diz que existe uma possibilidade de morte de 95,2%, ou seja, uma grande instabilidade hemodinâmica da PSC com Sépsis. Deste modo, foi necessário deter um papel ativo ao nível da vigilância e da prestação de cuidados altamente qualificados. Estes, baseados numa avaliação sistematizada, com o objetivo de antecipar precocemente os vários focos de instabilidade e, prevenir complicações (OE, 2018). Neste sentido, enquanto futura enfermeira especialista, e à luz da nova evidência científica, procurei aplicar o SOFA, para avaliação da degradação da PSC com Sépsis, neste caso específico. Com esta avaliação, pude desenvolver e aplicar a gestão de protocolos terapêuticos complexos, e atuar na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. E, desta forma, aperfeiçoar a minha prática enquanto futura enfermeira especialista (OE, 2018).

A par disto, é imprescindível que os enfermeiros incluam a família nos seus cuidados. Pois, de acordo com um estudo realizado por Mendes, (2018), a família compreende o porquê da centralidade dada aos cuidados à pessoa doente, no entanto, deixa transparecer que o seu sofrimento carece igualmente de particular atenção por parte dos enfermeiros. Mendes, (2018), considera então, que os enfermeiros assumem um papel central nos cuidados à família, pois, estão capacitados a responder às necessidades reais da mesma. Neste sentido, propõe aos enfermeiros que no seu exercício clínico assumam como fundamental o acolhimento da família.

Desta forma, procurei incluir a família nos meus cuidados. Fiz o acolhimento da mesma à unidade, estabeleci uma relação terapêutica e, deste modo, percebi igualmente o que a inquietava, que dúvidas e preocupações estavam patentes, diagnosticando simultaneamente as suas necessidades. Para Phaneuf (2005), a comunicação é um processo de informação, de troca, de partilha de sentimentos e emoções entre as pessoas. Permite perceber as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa. Neste sentido, percebi que naquele momento a família necessitava de espaço para assimilar toda a informação do estado de saúde do seu familiar. Com efeito, verbalizei que compreendia e que se necessitassem de alguma coisa que me poderiam chamar que eu estava sempre disponível.

Com a realização deste estágio, desenvolvi competências que me permitiram assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais, decorrentes da sua situação de doença aguda. Prestei cuidados assentes sempre numa prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com normas legais e, princípios éticos e deontológicos. Pude igualmente, garantir um ambiente terapêutico e seguro, aquando da prestação de cuidados à pessoa em situação emergente. Desenvolvi também competências, ao nível da antecipação de focos de instabilidade e risco de falência orgânica, e pude gerir e administrar protocolos terapêuticos complexos.

Ao nível da comunicação com a PSC/família, pude desenvolver competências de comunicação e de relação terapêutica, e pude demonstrar conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela PSC/família. Pude de igual forma, basear a minha prática clínica, na evidência mais atual, e atuar como agente dinamizador no desenvolvimento e suporte de novas intervenções (OE, 2018; OE 2019).

O estágio neste contexto contribuiu para aprofundar o meu espírito crítico, que por sua vez influenciou a forma como desenvolvi novas competências. O pensamento de enfermagem que detinha anteriormente, era alocado unicamente a uma base teórica e a uma realidade prática conhecida. Desta forma, este estágio possibilitou o meu crescimento quer pessoal quer profissional, pois, a verdadeira aprendizagem e a especialização dos cuidados ocorrem quando nos questionamos a nós próprios, e apostamos numa fundamentação consistente e atual.

A participação no I Congresso de Evidências em Enfermagem Médico-Cirúrgica (certificado em anexo 1), com uma comunicação oral (apêndice 3), contribuiu de igual forma, para o desenvolvimento de competências, ao nível do domínio das aprendizagens profissionais. Neste sentido, através da disseminação de conhecimento e investigação em enfermagem, pude basear a minha praxis clínica, enquanto futura enfermeira especialista, na evidência científica mais atual (OE, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As competências comunicacionais são um elemento essencial do cuidado fundamental. Estas, por sua vez, ganham mais sentido no contexto de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, onde as “más notícias” são frequentes. Durante este percurso houve a possibilidade de cuidar da pessoa em situação crítica e sua família a vivenciar processos de doença, onde teve o seu enfoque, a prestação de cuidados de enfermagem especializada, de qualidade, humanizados, e centrados nas necessidades da PSC/família.

Deste modo, importou para a realização do presente relatório, concluir que enquanto enfermeiros é pertinente perceber de que forma cada um destes cuidados é abordado e que importância é dada à relação positiva estabelecida, de forma a reconhecer e gerir as necessidades complexas da PSC e família (Kitson, 2018).

O percurso desenvolvido foi enriquecido, quer pelos estágios realizados, quer, pelos conhecimentos transmitidos/adquiridos e também pela autorreflexão. Com o desenvolvimento dos estágios, em locais privilegiados de grande aprendizagem pude, através da observação e da realização de intervenções várias, aplicar os meus conhecimentos, valores pessoais e profissionais. E, deste modo, desenvolver capacidades que conduziram a uma prática sustentada e de excelência, com o culminar no desenvolvimento de competências para este curso.

A possibilidade de identificação de oportunidades de melhoria ao nível dos diversos contextos, a promoção de cuidados de enfermagem sustentados numa prática respeitadora dos direitos humanos e nas responsabilidades profissionais, bem como, a promoção e manutenção de um ambiente seguro, proporcionaram o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista. Desenvolvidas, por sua vez no domínio da responsabilidade profissional ética e legal e no domínio da melhoria contínua da qualidade, regulamentadas pela OE (2019).

De igual forma, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, dando enfoque no processo de comunicação de más notícias, estabelecendo, desta forma, intervenções de enfermagem promotoras e facilitadoras do mesmo, foi algo determinante para o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC, regulamentadas pela OE (2019).

A realização do protocolo de revisão integrativa da literatura (apêndice 1), bem como, a pesquisa bibliográfica efetuada para a realização do enquadramento teórico do presente relatório, fez-me perceber que ainda tem de ser feito um longo trabalho no que concerne à investigação de comunicação de más notícias em contexto de situação crítica. Do que pude perceber, a utilização do protocolo SIPKES para a comunicação de más notícias, é algo muito generalizado nos diferentes contextos de cuidados. No entanto, importa estudar se este é o mais adequado ao contexto de cuidados críticos.

No que concerne à formação dos enfermeiros ao nível desta temática, pude perceber que esta tem um grande défice. Pois, aquando da realização dos ensinamentos clínicos, bem como, da sessão de formação no SU, percebi que grande parte dos enfermeiros não se sentiam confortáveis nem preparados quando confrontados com uma necessidade de comunicar más notícias. Neste sentido, estes, na sua formação de base deveriam ser confrontados com esta temática e desenvolver competências nesse âmbito. Também este curso de mestrado, dado tratar-se de um curso que promove o desenvolvimento de competências de cuidado à PSC/família, podia ter uma abordagem a esta temática.

No que diz respeito à gestão do ambiente em que se comunicam más notícias, percebi que nos serviços onde tive oportunidade de estagiar existia um local próprio para esse efeito. No entanto, há aspetos ao nível da gestão das equipas que deveriam ser melhorados, de forma a promover alguma sensibilidade para esta temática. Como por exemplo, destacar pelo menos dois elementos por cada equipa, para serem responsáveis pela formação dos pares, bem como, para a organização do serviço e dos profissionais para esta área de atuação.

Ao nível do serviço onde exerço funções, a par da formação na minha área de atuação, pude igualmente ter um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de novas iniciativas e estratégias, ao promover momentos de partilha e discussão entre pares, no que concerne à metodologia SOFA, para o doente com sépsis OE (2019).

Em jeito de conclusão afirmo que todo este processo permitiu a consciencialização e conhecimento do meu pessoal e profissional. Permitiu também uma evolução e realização pessoal únicas, uma vez que, me abriu portas para outras realidades, tendo mudado de local de trabalho. E consequentemente, me aproximou mais do meu objetivo profissional.

Ao desenvolver um conhecimento pessoal, segundo Carper (1978), centrado na auto consciência, e relacionado com a natureza do ser e tornar-se, percebi, que tenho uma característica de atuação e pensamento muito pragmáticas. No entanto, com a realização deste percurso de desenvolvimento de competências, cheguei à conclusão de que, a par desta característica, consigo de igual forma dar atenção a todas as dimensões do ser humano, bio-socio-psico-culturais e espirituais. A minha experiência de prática clínica centrada na PSC agora é mais sustentada e não somente centrada na abordagem biomédica. Deste modo, posiciono-me de acordo com Benner (2001), no estadio de proficiente, uma vez que o enfermeiro proficiente percebe e compreende situações e toma decisões baseando a sua prática numa compreensão mais centrada na pessoa. Concomitantemente aprende com a experiência, no que concerne à tomada de decisão e ao planeamento de ações de cuidados.

Há, contudo, um trabalho pela frente, pretendo publicar a minha revisão integrativa da literatura, bem como, continuar com a disseminação de conhecimento em vários eventos científicos, com o intuito de promover a comunicação, partilha e a aplicação de conhecimento científico na praxis da enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Nacional para a Qualificação, e o Ensino Profissional, I. P. [ANQEP], & Direção-Geral do Ensino Superior [DGES] (2013): *Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações*. Lisboa: Agência Nacional para a Qualificação, e o Ensino Profissional, I. P;
- American College of Surgeons. (2012). *ATLS Student Course Manual-Advanced Trauma Life Support for Doctors*. Chicago: American College of Surgeons;
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. **DOI:**10.1634/theoncologist.5-4-302;
- Benner, Patricia. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora;
- Benner, Patricia, Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A thinking-in-Action Approach* (2º Edição, Vol. 3). New York: Springer publishing company;
- Blom, H., Gustavsson, C., & Sundler, A. J. (2013). Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients-A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(1), 1–8. **DOI:**10.1016/j.iccn.2012.04.002;
- Brito, F. M. De, Cristinne, I., Costa, P., Andrade, C. G. De, & Francisco, D. P. (2014). Comunicação na iminência da morte: percepções e estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18(2), 317–322. **DOI:**10.5935/1414-8145.20140046;
- Buckman, R., & Kason, I. (1992). *How to break bad news: A guide for health-care professionals*. Toronto: Johns Hopkins University Pres;
- Carper, B. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science*, 1, 13–24. **DOI:**10.1097/00012272-197810000-00004;
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapeutica: Os fundamentos existenciais*

- humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta;
- Concelho Internacional de Enfermeiros. (2011). *CIPE®, Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Direção Geral da Saúde. (2017). Norma 021/2015 atualizada em 05/2017. Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. 1-13;
- Doona, M. E., Chase, S. K., Haggerty, L. A., & Ed, D. (1999). As Real as a Milky Way Bar, 17(1), 54–70. **DOI:**10.1177/089801019901700105;
- Elizari, J. (2007). *10 palabras clave ante el final de la vida*. Estella: Verbo Divino
- Entidade Reguladora da Saúde (ERS). (2016). *Parecer sobre o acesso a informação de saúde*. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1582/Publica__o_Parecer_-_ERS_016_2015.pdf;
- Escola Superior de Saúde de Lisboa (ESEL). (2010). *Objectivos e competências do CMEPSC*. Disponível em: <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>;
- Feo, R, Conroy, T., Alderman, J., & Kitson, A. L. (2015). Implementing fundamental care in clinical practice. *Royal College of Nursing*, 31(32), 52–62. **DOI:**10.7748/ns.2017.e10765;
- Feo, Rebecca, Conroy, T., & Jangland, E. (2016). Towards a standardied definition for fundamental care: A modified delphi study. *International Journal of Laboratory Hematology*, 38, 42-49. **DOI:**10.1111/ijlh.12426;
- Feo, Rebecca, Donnelly, F., Muntlin Athlin, Å., & Jangland, E. (2018). Providing high-quality fundamental care for patients with acute abdominal pain. *Journal of Health Organization and Management*, 33(1), 110–123. **DOI:**10.1108/jhom-02-2018-0037;
- Grupo Português de Triagem. (2009). Manual do formando: Triagem no serviço de urgência: Protocolo de triagem de Manchester, Lisboa: Grupo Português de Triagem;
- Hollyday, S. L., & Buonocore, D. (2015). Breaking bad news and discussing goals of care in the intensive care unit. *AACN Advanced Critical Care*, 26(2), 131–141.

DOI:10.1097/NCI.0000000000000082;

José, H. (2010). Comunicar as Más Notícias. *Nursing Revista de Formação Contínua Em Enfermagem*, 22(263), 10. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/11400.14/7927/6/ATT00073.pdf>;

Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. (2010). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research*. (4th edition). Philadelphia: F. D. Company, Ed;

Karlsson, V., Forsberg, A., & Bergbom, I. (2010). Relatives' experiences of visiting a conscious, mechanically ventilated patient-A hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(2), 91–100. **DOI:**10.1016/j.iccn.2009.12.001;

Kitson, A. L. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing Research*, 67(2), 99–107. **DOI:**10.1097/NNR.0000000000000271;

Kitson, A. L., Muntlin Athlin, Å., Elliott, J., & Cant, M. L. (2014). What's my line? A narrative review and synthesis of the literature on Registered Nurses' communication behaviours between shifts. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1228–1242. **DOI:**10.1111/jan.12321;

Lei n.º 15/2014, de 21 de março de 2014. Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República 1.ª série*, N.º.57 (21 de março de 2014). 2127-2131;

Magalhães, L. R. (2014). *Intervenção do enfermeiro na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento*. Escola Superior de Saúde de Lisboa. Dissertação de mestrado. Lisboa;

Magalhães, C. (2017). *Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados*. Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de mestrado. Porto;

Maran, E., Spigolon, D. N., Melo, W. A. de, Barreto, M. da S., Tostes, Prado, M. F. do, & Teston, E. F. (2019). Prevention of pneumonia associated with mechanical ventilation under the optics of nursing academics. *Cuidado é Fundamental*, 11(1), 118–123. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.118-123>;

Marçal, K. B. F. (2014). *Uma Visão de Enfermagem sobre a Comunicação de Doenças de Prognóstico Reservado*. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias.

Dissertação de licenciatura. Castelo Branco;

- Medlej, K. (2018). Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score. *Calculated Decisions; Clinical Decision Support for Emergency Medicine Practice Subscribers*, 1–6. **DOI:**10.1001/jama.286.14.1754;
- Mendes, A. (2015). *A Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos - Desalojar o Desassossego que Vive em Si*. Lusodidacta: Loures;
- Mendes, A. (2016). Sensibility of Professionals To Information Needs: Experience of the Family At the Intensive Care Unit. *Texto Contexto Enferm*, 25(1), 1–9. **DOI:**10.1590/0104-07072016004470014;
- Mendes, A. (2018). Impacto da notícia de doença-crítica na vivência da família: estudo fenomenológico hermenêutico. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 71(1), 182–**DOI:**10.1590/0034-7167-2016-0163;
- Mishel (1998). Uncertainty in Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225–232. **DOI:**10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x;
- Mishel (2014). Middle Range Theory for Nursing. In *Middle Range Theory for Nursing*. **DOI:**10.1891/9780826195524.0007;
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2007). Enunciado de Posição 02/07 de 15 março de 2007 da Ordem dos Enfermeiros. Consentimento Informado para Intervenções de Enfermagem. 1-8;
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2009). Código deontológico. Inserido no Estatuto da OE Republicado como anexo pela *Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro*, 9–13. **DOI:**10.1017/CBO9781107415324.004;
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Lei nº. 156/2015, de 16 de setembro. Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE. 1-112;
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento nº. 429/2018 de 16 de julho de 2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República 2ª Série*, Nº.135 (16/7/2018) 19359-19370;

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento nº. 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República 2ª Série, Nº.26 (06/02/2019) 4744-4750;
- Penque, S., & Keamey, G. (2015). Nursing Management. *Nursing Management* 30. 42-47. DOI:10.1097/00006247-19010001-00001;
- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in Nursing: a conceptual frame of references for psychodynamic nursing*. Springer Publishing Company: New York;
- Pereira, M. A. (2008). *comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau;
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta;
- Pott, Stahlhoefer, Felix, & Meier. (2013). Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 66(2), 174–179. DOI:10.1590/S0034-71672013000200004;
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2003). *Fundamentos de Enfermagem*. (Quinta Edição) Loures: Lusociência;
- Quillici, M. C. B., & Juliana Pena Porto. (2018). Importância dos cuidados de enfermagem para a prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. *Enfermagem Brasil*, 17(2), 123–130. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/3657/2166>;
- Ribeiro, V. (2015). *Vivências dos Enfermeiros no Serviço de Urgência Geral, na Comunicação de Más Notícias*. Escola Superior de Saúde de Leiria. Dissertação de mestrado. Leiria;
- Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica :A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Em Enfermagem*, 19, 31–46. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf;
- Santos, P. (2017). *Comunicação de Más Notícias em Contexto de Urgência : Práticas e dificuldades da equipa de saúde*. Escola Superior de Saúde de Leiria. Dissertação de mestrado. Leiria;

- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. LIDEL: Lisboa;
- Smith, M. J., & Liehr, P. R. (2014). Middle Range Theory for Nursing. In *Middle Range Theory for Nursing*. 30(6), 316. **DOI:**10.1891/9780826195524.0007;
- Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. (2016). *O Guia Do Jovem Internista*. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna;
- Stayt, L. C. (2009). Death, empathy and self preservation: The emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(9), 1267–1275. **DOI:**10.1111/j.1365-2702.2008.02712.x;
- Studer, R. K., Danuser, B., & Gomez, P. (2017). Physicians' psychophysiological stress reaction in medical communication of bad news: A critical literature review. *International Journal of Psychophysiology*, 120(June), 14–22. **DOI:**10.1016/j.ijpsycho.2017.06.006;
- Vinagre, M. C. F. da S. (2012). *Um percurso de desenvolvimento de competências*. Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de mestrado. Porto;
- Warnock, C., Tod, A., Foster, J., & Soreny, C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical settings: Role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1543–1555. **DOI:**10.1111/j.1365-2648.2010.05325.x.

APÊNDICES

APÊNDICE 1- Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura

PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Título da Revisão:

Comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e família.

Revisores:

Daniela Alexandra de Abreu Gomes

Susana Tavares Diniz

Professora Doutora Helga Rafael

Instituição onde é conduzida a revisão

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

Questão de Revisão:

Quais as estratégias que promovem a comunicação terapêutica de más notícias no cuidado da pessoa em situação crítica e sua família, em SU e UCI?

P	PARTICIPANTES	Pessoa adulta em situação crítica; Família.
I	FENÓMENO DE INTERESSE	Estratégias que promovem a comunicação terapêutica de más notícias.
Co	CONTEXTO	SU e UCI.

Legenda: Critérios para a formulação da pergunta PICo

Objetivo:

Conhecer as estratégias que promovem a comunicação terapêutica de más notícias no cuidado da pessoa em situação crítica e sua família, em SU e UCI.

Enquadramento teórico:

A relação interpessoal entre enfermeiro/PSC e família é estabelecida mediante uma intervenção de enfermagem especializada, através da utilização de estratégias de comunicação facilitadoras, quer na condução da satisfação das necessidades emocionais, quer de suporte e ou conforto. Manifesta-se assim, enquanto desafio importante para os enfermeiros aquando do cuidar da PSC e seus familiares. Com efeito, segundo Phaneuf, (2005), enquanto cuidador o enfermeiro necessita de perceber quais os sentimentos vivenciados com mais frequência, pela PSC e família, que carecem de intervenção de enfermagem especializada, tais como: a ansiedade e o medo, a culpabilidade, também a angústia espiritual a dependência e, o sentimento de inutilidade, bem como a solidão, a tristeza, o luto e suas etapas.

Neste sentido, a comunicação de más notícias à PSC e família é, assim uma realidade frequente no quotidiano da profissão de enfermagem, e uma das mais difíceis e importantes intervenções com que os enfermeiros se deparam na sua prática. A comunicação de más notícias nos serviços que recebem doentes em estado crítico, é algo muito comum e com algumas dificuldades no que concerne à sua gestão e transmissão e, exige dos profissionais de saúde uma agregação de competências e atitudes únicas, de forma a informar o utente e família, de uma forma adequada (Magalhães, 2014). De acordo com a mesma autora, a elevada probabilidade de comunicação de uma má notícia à pessoa em situação crítica e sua família reafirma então, a necessidade do enfermeiro desenvolver competências de atuação nesta área de cuidado.

Com efeito, os enfermeiros devem através do uso de estratégias de comunicação de más notícias, gerir estes processos de modo a prestar cuidados fundamentais de qualidade. Deste modo, de acordo com o apresentado torna-se assim imperativo identificar a evidência científica existente no que concerne a

estratégias que promovam a comunicação terapêutica de más notícias, no cuidado da PSC e sua família, em contexto de SU e UCI.

Critérios de inclusão:

Pessoa adulta em situação crítica e seus familiares.

Tipos de participantes

Esta revisão irá considerar estudos que incluam clientes com mais de 18 anos e sua família.

Tipos de intervenção/fenómeno de estudo

Esta revisão irá considerar estudos que identifiquem estratégias que promovam a comunicação terapêutica de más notícias, no cuidado da PSC e sua família, em contexto de SU e UCI.

Comparação

Nenhuma

Tipos de resultados

Esta revisão irá incluir estudos que identifiquem as estratégias que promovam a comunicação terapêutica de más notícias, no cuidado da PSC e sua família, em contexto de SU e UCI.

Tipos de estudos:

Esta revisão irá considerar estudos de abordagem qualitativa e quantitativa, estudos de caso e, revisões sistemáticas da literatura.

Tempo:

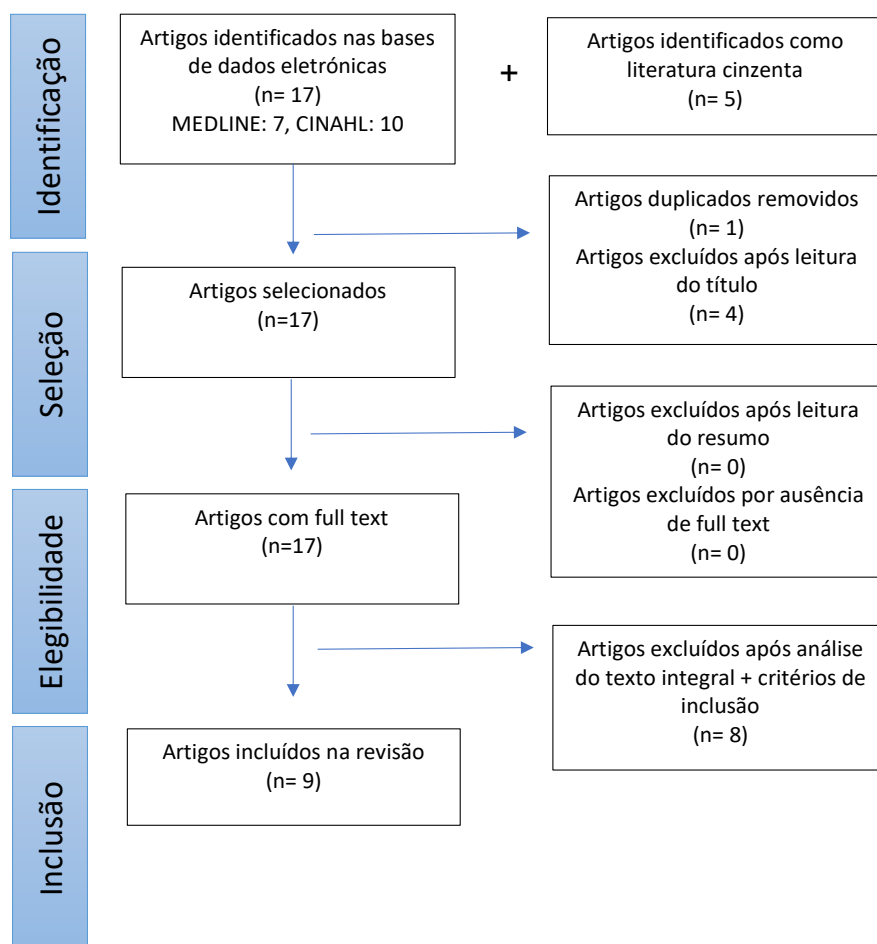
Limitador de tempo em 5 anos.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa visa encontrar estudos publicados em Português Espanhol e Inglês. Os termos de pesquisa foram inicialmente procurados na sua linguagem natural utilizando o descritor MeSH Browser para a obtenção de descritores específicos. A pesquisa foi realizada no período de agosto a setembro do presente ano em apenas um motor de busca, tendo-se obtido no total 22 artigos. O motor de busca utilizado foi o EBSCO, envolvendo as bases de dados CINAHL *Plus with Full Text* e MEDLINE *with Full Text* e RCAAP. Os descritores utilizados foram: *Critically ill patient; Acutely Ill Patients; Critical Illness; Emergency Patients; Family; Caregivers; Communication Care; Health Communication; Communication Strategies; Communication Skills; Therapeutic Communication; Communication Protocols, Breaking Bad News; Bad News; Intensive Care Units, Emergency Service; Emergency Service, Hospital; Critical Care Units; ICU e Pre-hospital Care.*

Método de Revisão e colheita de dados

Numa primeira fase de seleção de artigos foram obtidos tal como referido anteriormente um total de 22 artigos entre CINAHL *Plus with Full Text* (10 artigos), MEDLINE *with Full Text* (7 artigos) e RCAAP (5 artigos que foram considerados literatura cinzenta. Foi inicialmente excluído o artigo que se encontrava repetido (1 artigo), de seguida excluídos por título e *abstract* (4 e 0 artigos respetivamente). Após análise de texto integral e aplicação de critérios de inclusão, foram excluídos 8 artigos, tendo sido incluídos na revisão 9 artigos, tal como apresentado em esquema de seguida.



Legenda: Esquema Prisma Flow para pesquisa realizada

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Briggs, D. (2017). Improving communication with families in the intensive care unit. *Nursing Standard (Royal College Of Nursing (Great Britain): 1987)*, 32(2), DOI:doi:10.7748/ns.2017.e10812. 41-48;
- Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., & Armstrong, D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine*, 35(2), 605-622. DOI: 10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB;
- Davis, S., Kristjanson, L., & Blight, J. (2003). Communicating with families of patients in an acute hospital with advanced cancer: problems and strategies identified by nurses. *Cancer Nursing*, 26(5), 337-345. Acedido em julho de 2018. Disponível em: <https://sci-hub.tw/10.1097/00002820-200310000-00001>;
- Dewar, A. (2000). Nurses' experiences in giving bad news to patients with spinal cord injuries. *Journal Of Neuroscience Nursing*, 32(6), 324-330. Acedido em julho de 2018. Disponível em: <https://sci-hub.tw/10.1097/01376517-200012000-00006>;
- Hollyday, S. L., & Buonocore, D. (2015). Breaking bad news and discussing goals of care in the intensive care unit. *AACN Advanced Critical Care*, 26(2), 131-141. DOI:10.1097/NCI.0000000000000082;
- Magalhães, L. R. (2014). *Intervenção do enfermeiro na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento*. Escola Superior de Saúde de Lisboa. Dissertação de mestrado. Lisboa;
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta;
- Stayt, L. C. (2009). Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(9), 1267-1275. DOI:10.1111/j.1365-2702.2008.02712.x;
- Von Bloch, L. (1996). Breaking the bad news when sudden death occurs. *Social Work In Health Care*, 23(4), 91-97. Acedido em julho de 2018. Disponível em:

https://sci-hub.tw/10.1300/j010v23n04_07;

Warnock, C., Tod, A., Foster, J., & Soreny, C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical settings: Role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1543–1555. **DOI:**10.1111/j.1365-2648.2010.05325.x.

APÊNDICE 2- Sessão de Formação SU

Comunicação de Más Notícias à Pessoa em Situação Crítica e Família: Intervenção de Enfermagem Especializada

Daniela Alexandra de Abreu Gomes, n.º 8417

Orientação Pedagógica: Profª Doutora Helga Rafael
Serviço de Urgência Geral de Adultos



Objetivos Sessão

- ▶ **Desenvolver competências e estratégias de comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e família:**
 - ▶ Identificar estratégias a utilizar na comunicação de más notícias;
 - ▶ Refletir sobre o contributo da utilização de estratégias para a comunicação de más notícias, enquanto humanizador de cuidados;
 - ▶ Discutir dificuldades e constrangimentos na comunicação de más notícias;
 - ▶ Refletir sobre a comunicação de más notícias, tendo por base os protocolos de comunicação de más notícias existentes.

Comunicação de Más Notícias à PSC e Família no SUG

► **Dificuldades identificadas na comunicação de informação causadora de sofrimento à família -> Má Notícia.**

- Assistência à família, nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica;
- Gestão de comunicação interpessoal que fundamenta a relação positiva com a família face à situação de alta complexidade do estado de saúde do seu familiar.

Comunicação



Elemento chave para o cuidado fundamental e humanizado.

(Pereira, 2008) ; (Andrade, Costa, & Lopes, 2013) (Kitson, 2018)

5

Comunicação de Más Notícias à PSC e Família no SUG

Elevada taxa de mortalidade e morbilidade da PSC

- Elevada probabilidade de comunicação de más notícias.



(Magalhães, 2014) ; (WHO 2015) ; (Bossaert et al., 2015)

6

Comunicação

Estabelecimento de uma relação de confiança, com o utente e família.



Acesso a informação, conhecimento e satisfação das necessidades da PSC e família.

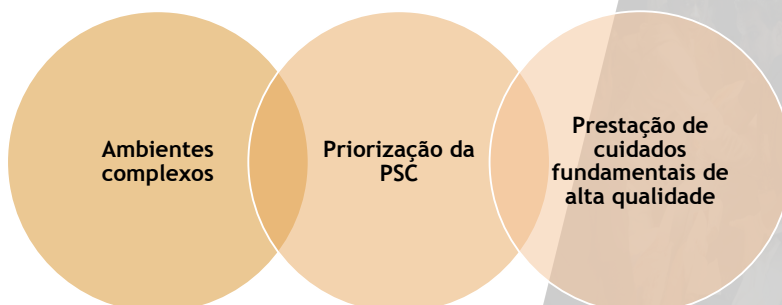
Enfermeiros enquanto conhecedores e peritos em relações humanas:



Comunicação como elemento básico para um cuidado de saúde diferenciado e de qualidade.

(José, 2010) ; (Andrade, Costa, & Lopes, 2013); (Gonçalves, 2013)

Comunicação com a Família enquanto Cuidado Fundamental

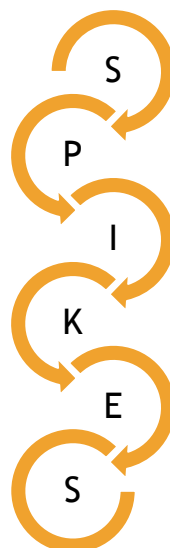


(Feo, Conroy, Alderman, & Kitson, 2015)

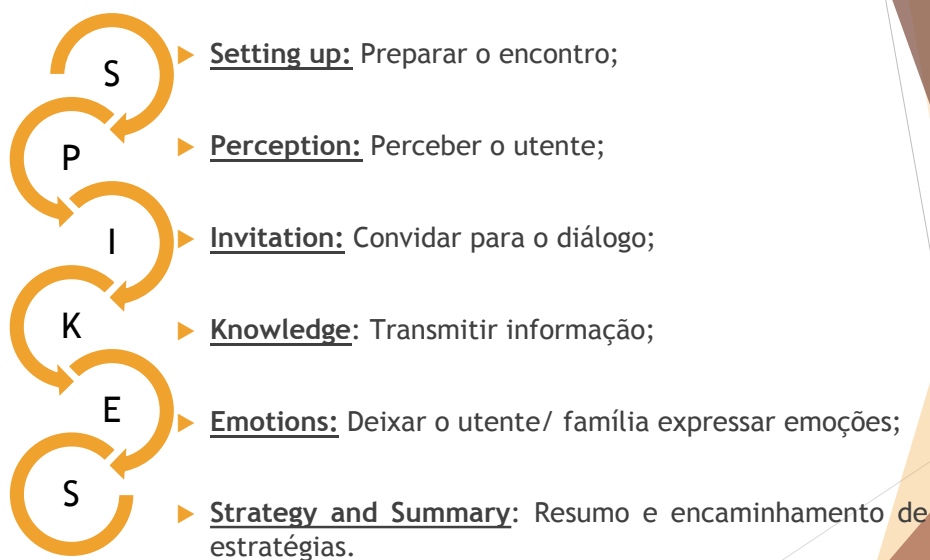
8

Caso Real

- ▶ Vítima em PCR presenciada à cerca de 30 minutos, dá entrada na sala de reanimação em manobras de SBV à cerca de 20 minutos.
- ▶ Esposa da vítima encaminhada para sala de comunicação de más notícias.
- ▶ Após colheita de dados referentes ao utente e tempo de PCR, suspensas manobras de reanimação.



9



(Baile WK, Buckman R, Lenzi R, et al. 2000)

11

Referências Bibliográficas

- ▶ Baile WK, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
- ▶ Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. (Coimbra: Q).
- ▶ Brito, F. M. De, Cristinne, I., Costa, P., Andrade, C. G. De, & Francisco, D. P. (2014). Comunicação na iminência da morte: percepções e estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem, 18(2), 317-322. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140046>
- ▶ Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012) Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas. Loures: Lusociência.
- ▶ Gonçalves, Â. C. R. (2013). Comunicação de Más Notícias a Pessoas com Doença Oncológica: A Necessidade de Implementar a (Bio)ética na Relação - Um Estudo Exploratório, 149.
- ▶ José, H. (2010). Comunicar as Más Notícias. *Nursing Revista de Formação Contínua Em Enfermagem*, 22(263), 10.
- ▶ Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coelho, D. P., & Hanson, S. M. (2010). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research*. (F. D. Company, Ed.) (4th editio). Philadelphia.
- ▶ Magalhães, L. R. (2014). *Intervenção do enfermeiro na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento*.
- ▶ Mendes, A. (2015). *A Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos - Desalojar o Desassossego que Vive em Si* (Lusodidact). Loures.
- ▶ Mendes, A. (2018). Impacto da notícia de doença-crítica na vivência da família: estudo fenomenológico hermenêutico. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 71(1), 182-189. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>
- ▶ Pardavila Belio, M. I., & Vivar, C. G. (2011). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 23(2), 51-67. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.06.001>
- ▶ Pereira, M. A. (2008). *comunicação de más notícias e gestão do luto*. (FORMASAU, Ed.) (1ª).
- ▶ Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros. Regulamenta as competências comuns do Enfermeiro Especialista (2011).
- ▶ Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros. Regulamenta as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2011).
- ▶ Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro Caring for the Family of the Critically Ill Person: The Experience of Nurses. *Pensar Em Enfermagem*, 19, 31-46. Retrieved from http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- ▶ Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. (LIDEL, Ed.) (1ª).

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Comunicação de Más Notícias à Pessoa em Situação Crítica e Família.

Preletor: Enfermeira Daniela Gomes (Aluna do curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Especialidade Médico Cirúrgica).

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral do Hospital Beatriz Ângelo.

Local: Sala de formação do Serviço de Urgência Geral do Hospital Beatriz Ângelo. **Duração e Data:** 1h, 12 de fevereiro de 2019.

OBJETIVOS GERAIS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	METODOLOGIA FORMATIVA	RECURSOS MATERIAIS	AVALIAÇÃO DISCUSSÃO
<i>Desenvolver competências e estratégias de comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e família.</i>	(5minutos) -Identificar estratégias a utilizar na comunicação de más notícias; -Refletir sobre o contributo da utilização de estratégias para a comunicação de más notícias, enquanto humanizador de cuidados; - Discutir dificuldades e constrangimentos	Introdução (10 minutos): -Justificação no âmbito do projeto; -Apresentação dos objetivos do projeto e sessão de formação. Desenvolvimento (20 minutos): -Apresentação da temática; -Definição de má notícia; -Apresentação de um caso real: identificação de estratégias de comunicação de más notícias utilizadas;	Método Expositivo, para a transmissão oral de conteúdos e conceitos teóricos; Método interrogativo, aquando a reflexão de questões; Método ativo, discussão e brainstorming.	-Sala de formação com mesas e cadeiras com disposição em “U”; -Computador; -Ecrã e diapositivos de apresentação.	(15 Minutos) -Avaliação formativa através da colocação de questões; -Avaliação do impacto da formação através da colocação de questões; -Entrega e preenchimento de documento de avaliação da sessão de formação.

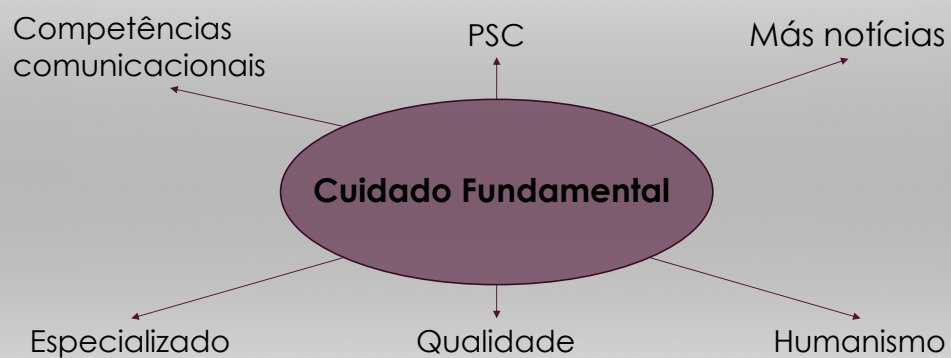
na comunicação de más notícias. - Refletir sobre a CMN, tendo por base os protocolos de CMN existentes.	-Apresentação de protocolo SPIKES; Conclusão (10 minutos): -Síntese de conteúdos apresentados; -Questões/sugestões para implementação do projeto.			
--	---	--	--	--

**APÊNDICE 3- Comunicação Livre e Publicação de Livro de
Resumos do I Congresso de Evidências em Enfermagem Médico-
Crúrgica**

Comunicação de más notícias à pessoa em
situação crítica e família: Intervenção de
Enfermagem Especializada

Daniela A. Gomes ⁽¹⁾, Helga R. Henriques ⁽²⁾, Maria C. Durão ⁽³⁾

Introdução



(Pereira, 2008; Feo, Conroy, Alderman, & Kitson, 2015; Kitson, 2018)

Métodos → Revisão Integrativa da Literatura.

<i>Critically ill patient;</i>	<i>Acutely ill patients</i>	<i>Emergency Service</i>	<i>Hospital</i>	<i>Critical Care Nursing</i>	<i>Critical Care</i>	<i>Bad news</i>
Critical illness	Emergency Patients	Emergency Medical Services	Critical care units	Emergency Care	Emergency Nursing	Truth Disclosure
Acute Disease	Severe patient	ICU	CCU	Communication Care	Health communication	Truth Telling;
Critical patient	Family			Interdisciplinary communication	Information	
Nurs*.				Strategies	Breaking bad news	

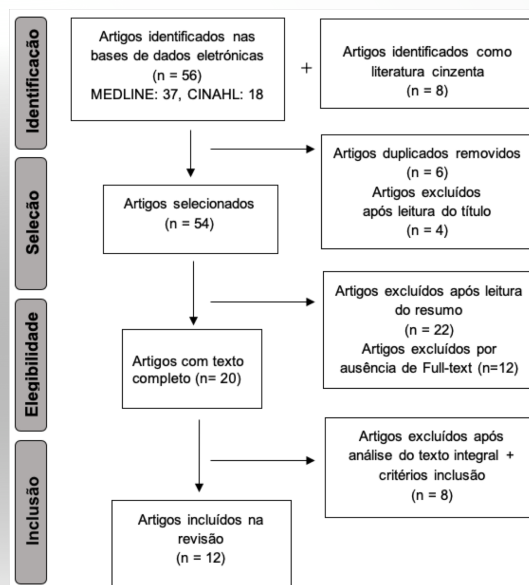
Métodos → Revisão Integrativa da Literatura

• Critérios de Inclusão:

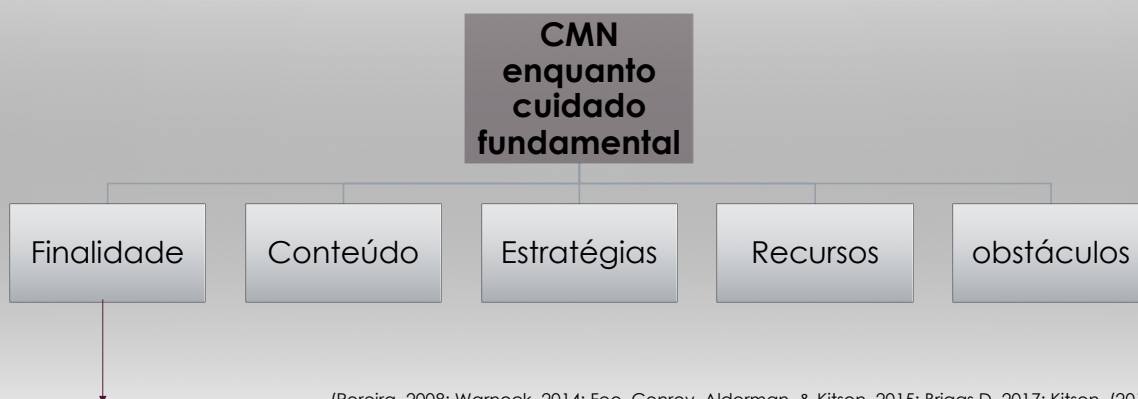
- Clientes com mais de 18 anos e sua família;
- Estudos que identifiquem comunicação de más notícias utilizada pelos enfermeiros, no cuidado da PSC e seus familiares.
- Estudos de abordagem qualitativa e quantitativa, estudos de caso e revisões sistemáticas da literatura;
- Não existe limitador de tempo;
- Estudos em língua portuguesa, inglesa e espanhola.

Métodos

(The Joanna Briggs Institute, 2015)



Resultados



(Pereira, 2008; Warnock, 2014; Feo, Conroy, Alderman, & Kitson, 2015; Briggs D. 2017; Kitson, (2018).

Efeito nas relações familiares

Conclusões



Referências Bibliográficas

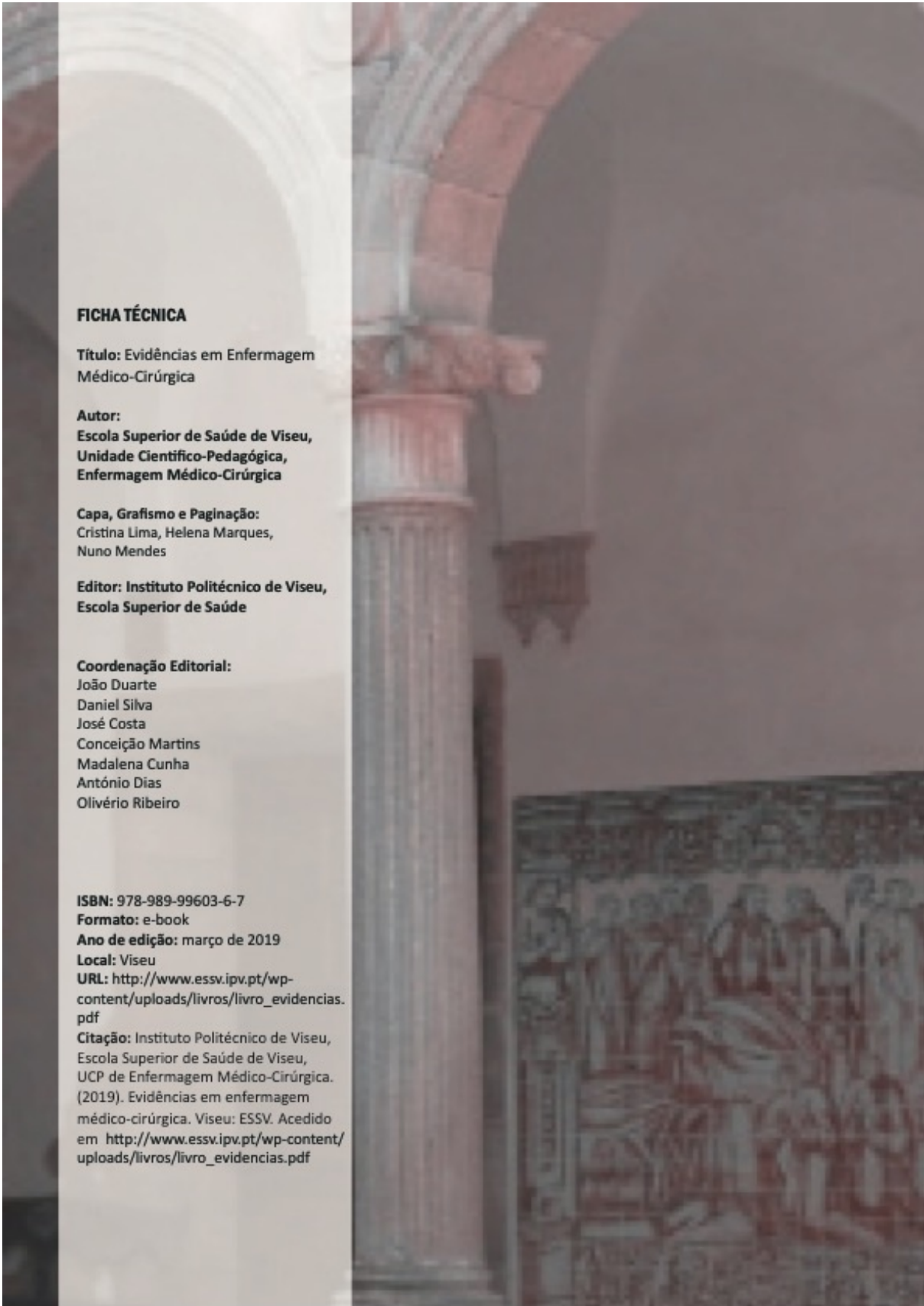
- Costa, A. (2014). Comunicação de más notícias no cuidado de enfermagem. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.
- Magalhães, L. R. (2014). Intervenção do enfermeiro na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento.
- Paula, A., & Dos, R. (2017). Comunicação de Más Notícias em Contexto de Urgência: Práticas e dificuldades da equipa de saúde. Escola Superior de Saúde de Leiria, Portugal.
- Pereira, A. T. G., Fortes, I. F. L., & Mendes, J. M. G. (2013). Communication of Bad News: Systematic Literature Review. Journal of Nursing UFPE on Line, 7(1), 227-235. **DOI:**<https://doi.org/10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201331>.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. (Loures: Lu).
- Warnock C (2014) Breaking bad news: issues relating to nursing practice. Nursing Standard, 28, 45, 51-58. Nursing Standard, 29(48), 61.
- Briggs, D. (2017). Improving communication with families in the intensive care unit. Nursing Standard (Royal College Of Nursing (Great Britain): 1987), 32(2), **DOI:**[doi:10.7748/ns.2017.e10812](https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10812). 41-48.
- Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., & Armstrong, D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. Critical Care Medicine, 35(2), 605-622. **DOI:** 10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB.
- Davis, S., Kristjanson, L., & Blight, J. (2003). Communicating with families of patients in an acute hospital with advanced cancer: problems and strategies identified by nurses. Cancer Nursing, 26(5), 337-345. Acedido em fevereiro de 2019. Disponível em: <https://sci-hub.tw/10.1097/00002820-200310000-00001>.



I Congresso Internacional
Evidências em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Livro de Resumos





FICHA TÉCNICA

Título: Evidências em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Autor:
Escola Superior de Saúde de Viseu,
Unidade Científico-Pedagógica,
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Capa, Grafismo e Paginação:
Cristina Lima, Helena Marques,
Nuno Mendes

Editor: Instituto Politécnico de Viseu,
Escola Superior de Saúde

Coordenação Editorial:

João Duarte
Daniel Silva
José Costa
Conceição Martins
Madalena Cunha
António Dias
Olivério Ribeiro

ISBN: 978-989-99603-6-7

Formato: e-book

Ano de edição: março de 2019

Local: Viseu

URL: http://www.essv.ipv.pt/wp-content/uploads/livros/livro_evidencias.pdf

Citação: Instituto Politécnico de Viseu,
Escola Superior de Saúde de Viseu,
UCP de Enfermagem Médico-Cirúrgica.
(2019). Evidências em enfermagem
médico-cirúrgica. Viseu: ESSV. Acedido
em http://www.essv.ipv.pt/wp-content/uploads/livros/livro_evidencias.pdf

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA: UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA

Daniela A. Gomes⁽¹⁾, Helga R. Henriques⁽²⁾, Maria C. Durão⁽³⁾

I
26

⁽¹⁾ Serviço de Urgência Geral, Hospital Beatriz Ângelo; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal;

⁽²⁾ Departamento de Fundamentos de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal;

⁽³⁾ Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

RESUMO

Introdução: As competências comunicacionais são um elemento essencial do cuidado fundamental. Estas competências ganham mais sentido no contexto de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, onde as “más notícias” são frequentes. Exige-se um cuidado especializado, de qualidade, envolvimento de sensibilidade e humanismo e, sobretudo, centrado nas necessidades do doente/família. Temos, por isso, como objetivo sistematizar a produção científica relacionada com a comunicação de más notícias pelos enfermeiros, no cuidado da Pessoa em Situação Crítica e seus familiares (1–3).

Métodos: Revisão integrativa da literatura em fevereiro de 2019. Utilizou-se linguagem natural e descritores MeSH, na CINAHL e MEDLINE.

Resultados: A amostra final de 12 artigos. A comunicação de más notícias enquanto cuidado fundamental tem uma finalidade e conteúdos próprios, socorre-se de um conjunto de estratégias (ex: preparação da discussão, privacidade, presença) e recursos específicos (ex: família, trabalho emocional dos enfermeiros) e enfrenta um conjunto de obstáculos (ex: tecnologia, evitamento, ansiedade dos enfermeiros).

Conclusões: A comunicação de más notícias exige do enfermeiro competências específicas, podendo conduzir a efeitos positivos no doente/família. É necessária mais investigação nesta área.

Palavras-chave: Family, Critical Care Nursing, Communication Care, Breaking Bad News.

Bibliografia

1. Pereira, M.A. comunicação de más notícias e gestão do luto. 1a. FORMASAU, editor. 2008.
2. Feo, R., Conroy, T., Alderman, J., Kitson, A. Implementing fundamental care in clinical practice. *R Coll Nurs*. 2015;31(32):52–62.
3. Kitson, A.L. The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nurs Res*. 2018;67(2):99–107.

ANEXOS

**ANEXO 1- Certificado de Comunicação Oral - I Congresso de
Evidências em Enfermagem Médico-Cirúrgica**



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
Escola Superior de Saúde de Viseu



CERTIFICADO

Certifica-se que **Daniela Alexandra de Abreu Gomes** apresentou a Comunicação Oral com o título **Comunicação de más notícias à pessoa em situação crítica e família: Uma intervenção de enf especializada** dos autores **Daniela A. Gomes, Helga R. Henriques, Maria C. Durão** do I Congresso Internacional “Evidências em Enfermagem Médico-Cirúrgica”, organizado pelos Docentes da Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Discentes do 7.º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde, que se realizou no Auditório da Escola Superior de Saúde de Viseu, nos dias 14 e 15 de março de 2019.

Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Viseu, 15 de Março de 2019

O Vice-Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,

Prof. Doutor Daniel Silva

A Presidente do
Conselho Técnico-Científico,

Prof.ª Doutora Madalena Cunha

I Congresso Internacional

“Evidências em Enfermagem Médico-Cirúrgica”

14 e 15 de Março de 2019 – Auditório da ESSV

PROGRAMA CIENTÍFICO

14 de Março	15 de Março
8h00	8h30
Abertura do Secretariado	Apresentação de Comunicações Orais e Pósteres
8h30	9h15
Apresentação de Comunicações Orais e Pósteres	Passaporte para a Vida - Vias Verdes
10h00	Via Verde Trauma
Importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: visão na atualidade e para o futuro	Fernando Próspero Luís – Urgência Geral - CHTMAD
Catarina Lobão - Presidente CEEMC, OE	Via Verde Coronária
Comentador: Olivério Ribeiro - ESSV	Sílvia Monteiro – CHUC
10h30	Via Verde AVC
Intervalo para Café	Gustavo Cordeiro - UAVC - CHUC
10h45	Via Verde Sepsis
Intervenções Inovadoras	Nelson Barros – CHTMAD
Ventilação Mecânica	Betino Veríssimo – CHTMAD
Joaquim Nêrcio – UCIP Hospital Sousa Martins - Guarda	Moderador: Helena Rosário - ESSV
Ventilação de Alto Fluxo	Ana Mendes - Estudante do 7ºCPLEEMC
António Guimarães – FISHER & PAYKEL	11h15
Severe Hypoxic Pathway - Estratégias de Recrutamento	Intervalo para Café
Alveolar no Doente Crítico Ventilado	11h30
Alexandre Marques , Charge Nurse – Critical Care, Maidstone and Tunbridge Wells NHS Trust	Gestão da Segurança e Qualidade em Saúde
ECMO	Indicadores de Saúde
Fernando Miranda – UCIP - Centro Hospitalar Universitário de São João - Porto	Pedro Lavinha - INEM
Moderador: Natércia Coelho - ESSV	Comentador: José Costa - ESSV
Paula Cruz - Estudante do 7.º CPLEEMC	12h30
12h00	Almoço
Sessão de Abertura do Congresso	14h00
Presidente da CMV	TCE – REALIDADE EXTRA E INTRAHOSPITALAR
Presidente do IPV	Abordagem do TCE do Extra-Hospitalar à Sala de Emergência
Presidente da ESSV	Igor Milet – CHTMAD
Vice-Presidente do Conselho Diretivo da OE	Neuromonitorização
Estudante/Representante do 7.º CPLEEMC	Sofia Silva - H.S.João
Momento Musical	Moderador: Mauro Mota - ESSV
12h30	Cristina Leonel - Estudante do 7ºCPLEEMC
Almoço	15h00
14h00	Intervalo para Café
Intervenção em Situações de Exceção e Catástrofe	15h15
O papel da ANPC na gestão das situações de exceção e catástrofe	A OMS e as Respostas em Saúde Global: Participação da Enfermagem Portuguesa
Rómulo Pinto – 2º CODIS de Bragança	Hugo Raimundo - CHUC, Ex-Consultor da OMS
A intervenção do INEM em situações de exceção e catástrofe	Comentador: Madalena Cunha – ESSV
Nuno Marques – INEM / DRC	17h15
O planeamento e intervenção no Serviço de Urgência nas situações de exceção e catástrofe	Comunicação dos Resultados da Avaliação das Comunicações Orais e Pósteres
Miguel Sequeira – Urgência Geral - CHTV	17h30
Moderador: Mauro Coelho - ESSV	Sessão de Encerramento do Congresso
Luis Soares - Estudante do 7.ºCPLEEMC	Daniel Silva - Coordenador do CPLEEMC & Mónica Angélico - Estudante do 7º CPLEEMC
16h30	Momento Musical
Intervalo para Café	
16h45	
Enfermagem Extra-Hospitalar	
Importância do Enfermeiro em Contexto Extra-Hospitalar	
Rui Rocha - INEM DRN, Porto	
Intervenção da Enfermagem num Majot Trauma Centre	
Marco Machado - Team Leader and Clinical Research Nurse, Emergency Department, St. George's Hospital, Londres, UK	
Comentador: António Madureira - ESSV	

Comissão Organizadora: Docentes da UCP Médico-Cirúrgica, Discentes do 7.º CPLEEMC

Comissão Científica: Corpo Docente da Escola Superior de Saúde de Viseu, Juan Miguel Martinez Galiano, Francisco Barragan, Francisco Molina

**ANEXO 2- Certificado de Presença em Congresso STATUS- Trauma
Emergência Reanimação: O Estado da Arte**

CERTIFICADO

Certifica-se que,

Daniela de Abreu Gomes

Participou no Congresso Científico **Status 5 | Trauma, Emergência, Reanimação – O estado da arte**, que se realizou no Auditório do Fórum Lisboa, nos dias 30 de Novembro e 1 de Dezembro de 2018.



Dra. Sara Lino



Enf. Claudia Serrano



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL



FÓRUM LISBOA

**CONGRESSO
CIENTÍFICO**

**30 NOV
1 DEZ 2018**

WWW.CONGRESSOSTATUS5.COM

CONGRESSOSTATUS5@GMAIL.COM

**ANEXO 3- Certificado de Presença em International Congress on
Emergency**



CERTIFICADO

Certificamos que
Daniela Alexandra de Abreu Gomes
esteve presente no *International Congress on Emergency 2018*,
promovido pela Associação Portuguesa de Médicos e
Enfermeiros de Emergência (APEMERG).

Oeiras, 6 de Abril de 2018.



Tiago Carvalho
Presidente da Direção da APEMERG



+351 966 226 022
ice2018.apemerg@gmail.com
www.apemerg.pt

PATROCÍNIO COMERCIAL
IBERDATA   INTERSURGICAL

Medicinalia
Carmédica
A Werfen Company

stryker

SIEMENS
Healthineers

PATROCÍNIO CIENTÍFICO



ABC
ALATICO EMERGENCY CENTER
Associação de Médicos e Enfermeiros de Emergência

SOC
SOCIPODE PORTUGUESA DE
CURSOS DE EMERGÊNCIA

PATROCÍNIO INSTITUCIONAL

Oeiras
Município de Oeiras



ANEXO 4- Certificado de Curso de Suporte Avançado de Vida



Instituto Nacional de Emergência Médica
Via Verde para a Vida

Departamento de Formação em Emergência Médica

Acreditado em 19/09/2002, nos termos do Despacho n.º 13019/98 de 29 de Julho do Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Lei n.º 95/92 de 23 de Maio e Decreto Regulamentar 35/2002 de 23 de Abril

Certifica-se que Daniela Alexandra de Abreu Gomes, nascido(a) a 09-04-1992, em Almada, de nacionalidade Portuguesa, de sexo Feminino, com o número de identificação 14076563, concluiu com aproveitamento, em 24-03-2018, o Curso de Formação Profissional.

Módulo Suporte Avançado Vida

que decorreu de 23-03-2018 a 24-03-2018, com a duração total de 16,00 horas, tendo obtido a classificação final de 19.0 valores, numa escala de 0 a 20.

Centro de Formação DR Sul - Lisboa, 26-03-2018



Departamento de Formação
em Emergência Médica



(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado N.º / 003-1.2-0312/13889/47466/2018

Válido até Março de 2023

ANEXO 5- Certificado de Curso Advanced Trauma Care for Nurse



Continuing Education Certificate
Society of Trauma Nurses

**Advanced Trauma Care
for Nurses®**
Student Course

LISBOA

2, 3 e 4 de março de 2018

DANIELA ALEXANDRA DE ABREU GOMES

Cândida Durão
Course Director

STN is a licensed continuing education provider in the State of California Board of Registered Nursing. Provider Number CEP 11062 This course has been approved for 25 hours of credit.

